Gesundheit auf einen Blick 2009

OECD-Indikatoren



Gesundheit auf einen Blick 2009

OECD-INDIKATOREN



ORGANISATION FÜR WIRTSCHAFTLICHE ZUSAMMENARBEIT UND ENTWICKLUNG

Die OECD ist ein in seiner Art einzigartiges Forum, in dem die Regierungen von 30 demokratischen Staaten gemeinsam an der Bewältigung von Herausforderungen der Globalisierung im Wirtschafts-, Sozial- und Umweltbereich arbeiten. Die OECD steht auch in vorderster Linie bei den Bemühungen um ein besseres Verständnis der neuen Entwicklungen und durch sie ausgelöster Befürchtungen, indem sie Untersuchungen zu Themen wie Corporate Governance, Informationswirtschaft oder Bevölkerungsalterung durchführt. Die Organisation bietet den Regierungen einen Rahmen, der es ihnen ermöglicht, ihre Politikerfahrungen auszutauschen, nach Lösungsansätzen für gemeinsame Probleme zu suchen, empfehlenswerte Praktiken aufzuzeigen und auf eine Koordinierung nationaler und internationaler Politiken hinzuarbeiten.

Die OECD-Mitgliedstaaten sind: Australien, Belgien, Dänemark, Deutschland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Island, Italien, Japan, Kanada, Korea, Luxemburg, Mexiko, Neuseeland, die Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Schweden, Schweiz, die Slowakische Republik, Spanien, die Tschechische Republik, Türkei, Ungarn, das Vereinigte Königreich und die Vereinigten Staaten. Die Kommission der Europäischen Gemeinschaften nimmt an den Arbeiten der OECD teil.

OECD *Publishing* sorgt dafür, dass die Ergebnisse der statistischen Analysen und der Untersuchungen der Organisation zu wirtschaftlichen, sozialen und umweltpolitischen Themen sowie die von den Mitgliedstaaten vereinbarten Übereinkommen, Leitlinien und Standards weite Verbreitung finden.

Das vorliegende Dokument wird unter der Verantwortung des Generalsekretärs der OECD veröffentlicht. Die darin zum Ausdruck gebrachten Meinungen und Argumente spiegeln nicht zwangsläufig die offizielle Einstellung der Organisation oder der Regierungen ihrer Mitgliedstaaten wider.

ISBN 978-92-64-08049-2 (Print)
ISBN 978-92-64-08108-6 (PDF)
ISBN 978-92-64-01429-9 (HTML)
DOI 10.1787/9789264081086-de

Originaltitel: *Health at a Glance 2009: OECD Indicators – Panorama de la santé 2009 : Les indicateurs de l'OCDE*
Übersetzung durch den Deutschen Übersetzungsdienst der OECD.

Foto(s): Deckblatt © Stockbyte/Fotosearch. Kapitel 1: © Comstock/Jupiterimages. Kapitel 2: © Comstock/Jupiterimages. Kapitel 3: © Randy Faris/Corbis. Kapitel 4: © Vincent Hazat/Photo Alto. Kapitel 5: © CREATAS/Jupiterimages. Kapitel 6: © onoky – Fotolia.com. Kapitel 7: © Tetraimages/Inmagine.

Korrigenda zu OECD-Veröffentlichungen sind verfügbar unter: *www.oecd.org/publishing/corrigenda*.

Vorwort

Diese neueste Ausgabe von Gesundheit auf einen Blick zeigt die Fortschritte, die sowohl national als auch international in Bezug auf die Messung der Leistung der Gesundheitssysteme erzielt wurden. Anlässlich ihres Treffens im Mai 2004 hatten die Gesundheitsminister der OECD-Länder die OECD gebeten, sich in Zusammenarbeit mit den zuständigen nationalen Stellen um eine Verbesserung der Evidenzbasis für den Vergleich der Leistung der Gesundheitssysteme zu bemühen, indem sie 1. sicherstellt, dass die OECD-Gesundheitsdaten zeitnah und exakt sind, 2. die Einführung von Gesundheitsausgabenrechnungen fortsetzt, um die Verfügbarkeit und Vergleichbarkeit der Daten zu den Gesundheitsausgaben und deren Finanzierung zu verbessern, und 3. zusammen mit den nationalen Experten Indikatoren für die Qualität der Gesundheitsversorgung erarbeitet. In all diesen Bereichen wurden substanzielle Fortschritte erzielt, was an dem breiteren Spektrum der in dieser Veröffentlichung vorgestellten Indikatoren für die Inputs, Outputs und Ergebnisse der Gesundheitssysteme sichtbar wird.

Der vorliegende Bericht wäre nicht zustande gekommen ohne die Mitarbeit der für die Erfassung der OECD-Gesundheitsdaten verantwortlichen nationalen Partnerstellen, von Gesundheitsrechnungsexperten und am Projekt Qualitätsindikatoren für die Gesundheitsversorgung beteiligten Experten. Die OECD dankt für deren Beiträge, auf die sich der größte Teil der in dieser Publikation enthaltenen quantitativen und qualitativen Informationen stützt. Die OECD dankt ferner auch anderen internationalen Organisationen, namentlich der Weltgesundheitsorganisation und Eurostat, für die Bereitstellung eines Teils der in diesem Bericht wiedergegebenen Informationen, und der Europäischen Kommission für die Unterstützung der Datenzusammenstellung im Bereich der Gesundheitsausgabenrechnungen und der Versorgungsqualitätsindikatoren.

Erstellt wurde diese Veröffentlichung von einem Team der OECD-Abteilung Gesundheit, wobei die Koordinierung in den Händen von Gaétan Lafortune und Michael de Looper lag. Kapitel 1 wurde von Michael de Looper verfasst; Kapitel 2 von Dominic Richardson, Franco Sassi, Michele Cecchini und Michael de Looper; Kapitel 3 von Gaétan Lafortune, Rie Fujisawa und Jean-Christophe Dumont; Kapitel 4 von Gaétan Lafortune, Valérie Paris, Gaëlle Balestat und Francis Notzon (vom National Centre for Health Statistics, Vereinigte Staaten); Kapitel 5 von Ian Brownwood, Sandra Garcia Armesto, Niek Klazinga, Soeren Mattke (aus Bain, Vereinigte Staaten) und Saskia Drösler (von der FH Niederrhein, Deutschland); Kapitel 6 von Michael de Looper und Kapitel 7 von David Morgan, Roberto Astolfi und William Cave. Alle Abbildungen wurden von Gaëlle Balestat erarbeitet, mit Ausnahme der Abbildungen für Kapitel 5, für die Rie Fujisawa und Lihan Wei verantwortlich zeichneten, und den Abbildungen für Kapitel 7, die von David Morgan und Roberto Astolfi erarbeitet wurden. In die Publikation flossen auch zahlreiche Kommentare und Anregungen von Mark Pearson ein.

Inhaltsverzeichnis





Ein Service für OECD-Veröffentlichungen, der es ermöglicht, Dateien im Excel-Format herunterzuladen.

Suchen Sie die *StatLinks* rechts unter den in diesem Bericht wiedergegebenen Tabellen oder Abbildungen. Um die entsprechende Datei im Excel-Format herunterzuladen, genügt es, den jeweiligen Link, beginnend mit ***http://dx.doi.org***, in den Internetbrowser einzugeben. Wenn Sie die elektronische PDF-Version online lesen, dann brauchen Sie nur den Link anzuklicken. Sie finden *StatLinks* in weiteren OECD-Publikationen.

Einführung

Gesundheit auf einen Blick 2009 ermöglicht dem Leser einen Vergleich der Gesundheitssysteme und ihrer Leistungsfähigkeit in einer Reihe von Schlüsseldimensionen anhand von Kernindikatoren für Gesundheit und Gesundheitssysteme, die nach ihrer Politikrelevanz sowie auf der Basis der Verfügbarkeit und Vergleichbarkeit von Daten ausgewählt wurden.

Die OECD nimmt bei der Entwicklung von Instrumenten und der Sammlung von Daten für die Bewertung der Leistung von Gesundheitssystemen seit langem eine international führende Stellung ein. Die Arbeit der OECD zur Verbesserung der Vergleichbarkeit der Gesundheitsstatistiken reicht bis in die 1980er Jahre zurück, als erste Bemühungen unternommen wurden, um die Vergleichbarkeit der Daten zu den Gesundheitsausgaben in einer Zeit zu verbessern, in der wachsende Besorgnis über rasch steigende Gesundheitsausgaben und den zunehmenden Druck auf die öffentlichen wie auch die privaten Finanzierungsquellen aufkam (OECD, 1985). Die Veröffentlichung des Handbuchs *A System of Health Accounts* im Jahr 2000 lieferte einen neuerlichen Impuls und ein Schlüsselinstrument für die OECD zur Stärkung dieser Bemühungen um Vergleichbarkeit der Daten zu den Gesundheitsausgaben über eine größere Auswahl von Ländern, in enger Zusammenarbeit mit der Weltgesundheitsorganisation und Eurostat.

Vergleichbare Daten über Gesundheitsausgaben sind zwar notwendig, um festzustellen, welche finanziellen Ressourcen die einzelnen Länder für Gesundheit aufwenden, doch sind sie offenkundig nicht ausreichend, um die Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme zu messen. Die Anstrengungen der OECD zur Verbesserung der Vergleichbarkeit von Gesundheitsstatistiken wurden erweitert, um die Verfügbarkeit von Gesundheitsfachkräften und deren Tätigkeiten sowie die physischen Ressourcen der Gesundheitssysteme zu erfassen. In der Folge der Tagung der Gesundheitsminister der OECD-Länder im Jahr 2004 dehnte die OECD ihre Bemühungen um die Sammlung vergleichbarer Daten zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme weiter aus, indem sie eine Reihe von Indikatoren zur Messung der Versorgungsqualität und der Ergebnisse von medizinischen Eingriffen konzipierte und entsprechende Daten sammelte. Überdies wurde mit der Aufstellung einer Reihe von Indikatoren begonnen, die sich mit dem Zugang zur medizinischen Versorgung befassen, ein weiteres wichtiges Ziel der Gesundheitssysteme aller OECD-Länder. Die OECD arbeitet weiterhin mit Experten in den Mitgliedstaaten und anderen internationalen Organisationen zusammen, um Lücken bei der Evaluierung und dem Vergleich der Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme zu füllen.

Politisches, wirtschaftliches und soziales Umfeld

Zu Beginn des zweiten Halbjahrs 2008 rutschten die OECD-Länder in eine tiefe Wirtschaftsrezession. Die Projektionen der OECD von Juni 2009 deuten darauf hin, dass das BIP im OECD-Raum im Jahr 2009 um etwa 4% zurückgehen könnte, und die Arbeitslosenquote dürfte den Projektionen zufolge bis Ende 2010 etwa 10% der Erwerbsbevölkerung erreichen (OECD, 2009b).

Die staatlichen Haushalte stellen im Abschwung einen sehr wichtigen Puffer zur Abfederung der gesamtwirtschaftlichen Tätigkeit dar, hauptsächlich durch automatische Stabilisatoren und diskretionäre Ausgaben oder Steuernachlässe. Allerdings hat sich dies in spürbar gestiegenen nationalen Haushaltsdefiziten niedergeschlagen. Wenn sich die Konjunkturbelebung ausreichend

stabilisiert hat, werden in zahlreichen Ländern starke Reduzierungen der Budgetdefizite notwendig sein. Das Ausmaß der Kürzungen bei den staatlichen Ausgaben und/oder der Steuererhöhungen wird davon abhängen, wie stark die Konjunkturbelebung ausfällt und wie groß das Defizit sowie die Schulden in kumulierter Rechnung sind.

Angesichts des hohen und wachsenden Anteils der Gesundheitsausgaben an den öffentlichen Haushalten wird es schwierig sein, diesen Posten vor allgemeinen Bemühungen zur Einschränkung der öffentlichen Ausgaben während oder nach der Rezession zu schützen. Wie sehr die öffentlichen Gesundheitsausgaben betroffen werden, wird davon abhängen, welche Priorität der Gesundheit im Vergleich zu anderen wichtigen Ausgaben eingeräumt wird. Es wird auch davon abhängen, inwiefern die öffentlichen Gesundheitsausgaben nachweisliche Vorteile in Form von besseren Ergebnissen der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung bringen. Angesichts knapper öffentlicher Ressourcen werden die Gesundheitsministerien und die Erbringer von Gesundheitsleistungen wachsendem Druck ausgesetzt werden, die Effizienz (das Kosten-Nutzen-Verhältnis) der Allokation und Ausgabe von Ressourcen nachzuweisen. Kapitel 5 stellt einige der Fortschritte vor, die bisher bei der Messung der Versorgungsqualität und der Ergebnisse der Gesundheitsversorgung in den verschiedenen Ländern erzielt wurden, und weist gleichzeitig darauf hin, dass die Datenreihen weiterhin unvollständig sind und zusätzliche Anstrengungen zu unternehmen sind, um die Datenvergleichbarkeit zu verbessern.

Aufbau des Berichts

Der analytische Rahmen, der dieser Veröffentlichung zu Grunde liegt, ermöglicht es, die Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme im Kontext einer breiteren Perspektive der öffentlichen Gesundheit zu untersuchen (Abbildung 0.1). Dieser Rahmen orientiert sich an dem für das Projekt „Indikatoren für die Qualität der Gesundheitsversorgung" gebilligten Ausgangskonzept (Kelley und Hurst, 2006; Arah *et al.*, 2006).

Abbildung 0.1. **Konzeptueller Rahmen zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme**

Gesundheitszustand
(Kapitel 1)

Nichtmedizinische Gesundheitsfaktoren
(Kapitel 2)

Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems
Wie leistungsfähig ist das Gesundheitssystem?
Wie sind die Qualität der medizinischen Versorgung und der Zugang zum Gesundheitswesen einzustufen?
Was kostet diese Leistung?

Qualität (Kapitel 5)	**Zugang** (Kapitel 6)	**Kosten/Ausgaben** (Kapitel 7)

Ressourcen und Leistungen des Gesundheitssystems

Gesundheitspersonal (Kapitel 3)	**Gesundheitsleistungen** (Kapitel 4)

Aufbau und Kontext des Gesundheitssystems
(Anhang A)

Quelle: Abwandlung des Rahmens aus OECD (2006), „Conceptual Framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project", *OECD Health Working Paper*, No. 23, OECD Publishing, Paris.

Der Rahmen macht deutlich, dass das Ziel von Gesundheits(versorgungs)systemen die Verbesserung des Gesundheitszustands der Bevölkerung ist. Dieser wird durch zahlreiche Faktoren beeinflusst, darunter einige, die nicht direkt Teil der Gesundheitssysteme sind, wie das soziale, wirtschaftliche und physische Lebensumfeld der Menschen oder individuelle Lebensstil- und Verhaltensfaktoren. Die Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme trägt ebenfalls zum Gesundheitszustand der Bevölkerung bei. Diese Leistungsfähigkeit beinhaltet mehrere Dimensionen, insbesondere das Niveau des Zugangs zur Gesundheitsversorgung und die Qualität der geleisteten Pflege. Die Messung der Ergebnisse muss außerdem die Finanzmittel berücksichtigen, die benötigt werden, um diesen Zugang und die Erreichung dieser Qualitätsziele zu gewährleisten. Die Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme hängt von den Menschen ab, die diese Dienste leisten, sowie von der Ausbildung, der Technologie und der Ausrüstung, die ihnen zur Verfügung stehen. Schließlich sind mehrere Faktoren mit der Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme verbunden, zum Beispiel der demografische, wirtschaftliche und soziale Kontext sowie der Aufbau der jeweiligen Gesundheitssysteme.

Gesundheit auf einen Blick 2009 stellt die einzelnen Komponenten dieses Analyserahmens im OECD-Vergleich vor. Der Bericht ist wie folgt gegliedert:

- Kapitel 1 über den *Gesundheitszustand* zeigt die großen Unterschiede auf, die zwischen den einzelnen Ländern im Hinblick auf die Lebenserwartung, die Mortalität und andere Indikatoren für den Gesundheitszustand der Bevölkerung bestehen.
- Kapitel 2 über *Nichtmedizinische Gesundheitsfaktoren* befasst sich mit ausgewählten Bestimmungsfaktoren, die mit veränderbaren Lebens- und Verhaltensgewohnheiten in Zusammenhang stehen. Das Kapitel wurde in diesem Jahr ausgeweitet, um Risiko- oder Schutzfaktoren bei Kindern abzudecken, darunter die Ernährungsgewohnheiten, die körperliche Betätigung, das Rauchen und der Alkoholkonsum. Diese ergänzen die Reihe der Risikofaktorindikatoren bei Erwachsenen.
- Kapitel 3 untersucht das *Gesundheitspersonal*, das in jedem Gesundheitssystem die wichtigsten Akteure darstellt. Dieses neue Kapitel informiert über die Verfügbarkeit und Bezahlung von Ärzten sowie Krankenschwestern und -pflegern und über die jüngsten Trends hinsichtlich der internationalen Migration von Ärzten in den OECD-Ländern.
- Kapitel 4 betrachtet eine wichtige Reihe von *Gesundheitsleistungen* sowohl in Krankenhäusern als auch außerhalb. Untersucht werden die Unterschiede zwischen den Ländern bei der Verfügbarkeit und Nutzung von Medizintechnik, zum Beispiel von Geräten zur Magnetresonanz-Tomografie (MRT) und von Computer-Tomografie-Scannern (CT). Weiterhin sind Unterschiede bei der Nutzung häufig durchgeführter und kostspieliger Verfahren, wie Koronarbypassoperationen mit arteriellen Grafts und die Koronarangioplastie, Kaiserschnitte sowie Kataraktoperationen Gegenstand dieses Kapitels.
- Kapitel 5 zur *Qualität der medizinischen Versorgung* vergleicht ausgewählte Qualitätsindikatoren hinsichtlich der Pflege von chronischen Leiden, psychischen Störungen, Krebserkrankungen und übertragbaren Krankheiten. Die Messungen schließen Indikatoren zu den *Pflegeverfahren* ein, die für bestimmte Bevölkerungs- oder Patientengruppen empfohlen werden, um die erwünschten Ergebnisse zu maximieren, und Messungen zu den *Schlüsselergebnismessgrößen* wie den Überlebensraten nach Herzinfarkt, Schlaganfall und bei Krebs.
- Kapitel 6 ist ein neues Kapitel über den *Zugang zum Gesundheitswesen* und soll die existierende Lücke hinsichtlich dieser wichtigen Dimension der Leistung der Gesundheitssysteme füllen. Es beginnt mit einer begrenzten Anzahl von Indikatoren bezüglich des finanziellen und geografischen Zugangs. Es ist beabsichtigt, dieses Kapitel in kommenden Ausgaben auszuweiten, sobald bei der Erstellung der Indikatoren und der Datensammlung Fortschritte erzielt wurden.
- Kapitel 7 zu *Gesundheitsausgaben und -finanzierung* vergleicht, wie viel die OECD-Länder für Gesundheit ausgeben, sowohl insgesamt als auch für verschiedene Arten von Gesundheitsleistungen und -waren. Untersucht wird ferner, wie diese Gesundheitsleistungen und -waren in den verschiedenen Ländern bezahlt werden (d.h. der

Mix aus öffentlicher Finanzierung, privaten Krankenversicherungen, sofern vorhanden, und Selbstzahlungen durch Patienten).

- Anhang A informiert genauer über das demografische und wirtschaftliche Umfeld, in dem die Gesundheitssysteme arbeiten, sowie über einige wichtige Merkmale der Finanzierung von Gesundheitssystemen und der Leistungserbringung. Dies kann den Lesern dabei helfen, die Indikatoren im Hauptteil der Veröffentlichung zu interpretieren.

Eine wachsende Zahl von OECD-Ländern veröffentlicht regelmäßig Berichte über verschiedene Aspekte der Gesundheit und der Leistungen ihrer Gesundheitssysteme. Zu diesen nationalen Berichten gehören *A Set of Performance Indicators across the Health and Aged Care System* in Australien (AIHW, 2008e), der *Dutch Health Care Performance Report* in den Niederlanden (RIVM, 2008), *Quality and Efficiency in Swedish Health Care* in Schweden (Swedish Association of Local Authorities and Regions und National Board of Health and Welfare, 2008) und der *National Healthcare Quality Report* zusammen mit dem *National Healthcare Disparities Report* in den Vereinigten Staaten (AHRQ, 2008a und 2008b). Diese nationalen Berichte konzentrieren sich oft auf Unterschiede zwischen den einzelnen Regionen eines Landes. Der niederländische Leistungsbericht ist ein gutes Beispiel dafür, wie solche landesspezifischen Berichte durch die Berücksichtigung internationaler Vergleiche bereichert werden können, um eine breitere Perspektive der relativen Stärken und Schwächen des nationalen Gesundheitssystems zu bieten und mögliche verbesserungsfähige Bereiche zu identifizieren.

Präsentation der Indikatoren

Jedes der in den einzelnen Kapiteln dieser Veröffentlichung behandelten Themen wird auf zwei Seiten präsentiert. Dabei enthält die erste Seite einen Kurzkommentar zu den wichtigsten Ergebnissen der Datenauswertung, eine Definition der Indikatoren und Hinweise auf alle nennenswerten nationalen Abweichungen von der Definition, die die Vergleichbarkeit der Daten beeinträchtigen könnten. Auf der gegenüberliegenden Seite findet sich eine Reihe von Abbildungen. Diese Abbildungen zeigen generell das derzeitige Niveau des Indikators und soweit möglich Trendentwicklungen im Zeitverlauf. In einigen Fällen werden sie durch eine zusätzliche Grafik ergänzt, die den Indikator mit einer anderen Variablen verknüpft. Soweit die Abbildungen Angaben zum OECD-Durchschnitt enthalten, handelt es sich dabei um den ungewichteten Durchschnitt der erfassten Länder, sofern in den Anmerkungen nichts anderes angegeben ist.

Eingeschränkte Vergleichbarkeit von Daten

Ist die Vergleichbarkeit der Daten eingeschränkt, so wird darauf sowohl im Text (im Kasten „Definition und Abweichungen“) als auch in den Anmerkungen zu den Abbildungen hingewiesen. Der Leser sollte längerfristige Trends in Deutschland mit besonderer Vorsicht betrachten. Die Daten für Deutschland bis 1990 beziehen sich generell auf Westdeutschland und die Daten für die nachfolgenden Jahre auf Gesamtdeutschland.

Leser, die an einer Verwendung der in dieser Veröffentlichung präsentierten Daten für weitere Analyse- und Forschungszwecke interessiert sind, sollten die vollständige Dokumentation über Definitionen, Quellen und Methoden konsultieren, die in *OECD-Gesundheitsdaten* 2009 enthalten ist. Diese Informationen werden unter *www.oecd.org/health/healthdata* kostenfrei zur Verfügung gestellt. Die *OECD-Gesundheitsdaten* 2009 können online direkt bei SourceOECD (*www.sourceOECD.org*) oder über den OECD-Online-Bookshop (*www.oecd.org/bookshop*) bestellt werden. Bezüglich des Kapitels 5 zur Versorgungsqualität sind weitere Informationen zu den Definitionen, Quellen und Methoden, die den Daten zu Grunde liegen, unter *www.oecd.org/health/hcqi* verfügbar.

Bevölkerungszahlen

Die in Anhang A präsentierten und in dieser Veröffentlichung für die Berechnung der Pro-Kopf-Quoten verwendeten Bevölkerungszahlen sind hauptsächlich der Datenbank

OECD Labour Force Statistics (Stand April 2009) entnommen und beziehen sich auf Schätzungen zur Mitte des Jahres. Bevölkerungsschätzungen werden von Zeit zu Zeit aktualisiert, können sich also von den letzten Bevölkerungszahlen unterscheiden, die von den nationalen Statistikämtern der OECD-Mitgliedstaaten veröffentlicht wurden.

Zu beachten ist, dass manche Länder wie Frankreich, das Vereinigte Königreich und die Vereinigten Staaten Kolonien, Protektorate und Gebiete in Übersee besitzen. Deren Bevölkerungen bleiben generell ausgeklammert. Der Berechnung des Pro-Kopf-BIP und anderer ökonomischer Messgrößen können jedoch, je nach dem Erfassungsgrad der Daten, in diesen Ländern andere Bevölkerungszahlen zu Grunde liegen.

Ländercodes (ISO-Codes)

Australien	AUS	Neuseeland	NZL
Belgien	BEL	Niederlande	NLD
Dänemark	DNK	Norwegen	NOR
Deutschland	DEU	Österreich	AUT
Finnland	FIN	Polen	POL
Frankreich	FRA	Portugal	PRT
Griechenland	GRC	Schweden	SWE
Irland	IRL	Schweiz	CHE
Island	ISL	Slowakische Republik	SVK
Italien	ITA	Spanien	ESP
Japan	JPN	Tschechische Republik	CZE
Kanada	CAN	Türkei	TUR
Korea	KOR	Ungarn	HUN
Luxemburg	LUX	Vereinigtes Königreich	GBR
Mexiko	MEX	Vereinigte Staaten	USA

Abkürzungsverzeichnis

AIDS Erworbenes Immundefektsyndrom
AMI Akuter Myokardinfarkt
ATC Anatomisch-Therapeutisch-Chemische Klassifikation
BIP Bruttoinlandsprodukt
BMI Körpermassenindex
COPD Chronisch-obstruktive Lungenerkrankung
CT Computertomografie
DDD Definierte Tagesdosis (*Defined Daily Dose*)
DMFT Kariöse, fehlende oder gefüllte bleibende Zähne
EU-SILC Statistik der Europäischen Union über Einkommen und Lebensbedingungen
HBSC Erhebung über das Gesundheitsverhalten von Kindern im schulpflichtigen Alter (*Health Behaviour in School-aged Children Survey*)
HCQI Qualitätsindikatoren der Gesundheitsversorgung (*Health Care Quality Indicators*)
HIV Human-Immundefektvirus
ICHA International Classification for Health Accounts
ISIC Internationale Wirtschaftszweigsystematik
KHK Koronare Herzkrankheit (oder Herzinfarkt)
KKP Kaufkraftparitäten
MRT Magnetresonanz-Tomografie
PYLL Potenziell verlorene Lebensjahre
SHA System der Gesundheitsausgabenrechnungen (*System of Health Accounts*)
SIDS Plötzlicher Kindstod





1. GESUNDHEITSZUSTAND

1.1. Lebenserwartung bei der Geburt

Die Lebenserwartung bei der Geburt ist infolge des drastischen Rückgangs der Sterberaten auf allen Altersstufen in den OECD-Ländern weiter deutlich gestiegen. Zu verdanken ist dieser Gewinn an Lebenserwartung einer Reihe von Faktoren, darunter einem steigenden Lebensstandard, einer gesünderen Lebensweise und besseren Bildung wie auch einem breiteren Zugang zu einer guten Gesundheitsversorgung. Weitere Faktoren, wie bessere Ernährung, sanitäre Versorgung und Wohnverhältnisse, spielen ebenfalls eine Rolle, vor allem in Ländern mit einer noch in der Entwicklung befindlichen Volkswirtschaft (OECD, 2004c).

Im Durchschnitt der OECD-Länder lag die Lebenserwartung bei der Geburt für die Gesamtbevölkerung 2007 bei 79,1 Jahren, was seit 1960 einem Zugewinn von mehr als zehn Jahren entspricht (Abbildung 1.1.1). In nahezu der Hälfte der OECD-Länder lag die Lebenserwartung bei der Geburt 2007 bei über 80 Jahren. Das Land mit der höchsten Lebenserwartung war Japan, wo die kombinierte Lebenserwartung für Frauen und Männer 82,6 Jahre erreichte. Am anderen Ende der Skala war die Lebenserwartung unter den OECD-Ländern in der Türkei am niedrigsten, gefolgt von Ungarn. Während die Lebenserwartung in Ungarn seit 1960 moderat zugenommen hat, ist sie in der Türkei hingegen drastisch gestiegen, so dass sie dort dem OECD-Durchschnitt rasch näher kommt (OECD und Weltbank, 2008). Die Lebenserwartung bei der Geburt hat sich in Korea, der Türkei, Irland und Portugal im Zehnjahreszeitraum 1997-2007 um drei Jahre oder mehr erhöht.

Die Geschlechterdifferenz bei der Lebenserwartung belief sich im Durchschnitt aller OECD-Länder 2007 auf 5,6 Jahre, wobei die Lebenserwartung der Männer 76,3 und die der Frauen 81,9 Jahre betrug (Abbildung 1.1.2). Zwischen 1960 und 2007 hat sich diese Geschlechterdifferenz durchschnittlich um rund ein halbes Jahr ausgeweitet. Dieses Ergebnis verdeckt aber unterschiedliche Trends zwischen den früheren und den späteren Jahrzehnten. Während der Geschlechterunterschied bei der Lebenserwartung in vielen Ländern in den 1960er und 1970er Jahren erheblich zunahm, hat er sich in den letzten 25 Jahren auf Grund der deutlicheren Zunahme der Lebenserwartung bei Männern als bei Frauen in den meisten OECD-Ländern verringert. Die jüngste Abnahme der Geschlechterdifferenz bei der Lebenserwartung lässt sich zumindest zum Teil auf eine Nivellierung der Unterschiede im Risikoverhalten von Männern und Frauen, wie z.B. in Bezug auf das Rauchen, sowie auf einen drastischen Rückgang der durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen bedingten Sterberaten unter Männern zurückführen.

Ein höheres Einkommen in einem Land (gemessen am Pro-Kopf-BIP) ist generell mit einer höheren Lebenserwartung bei der Geburt verbunden, obwohl der Zusammenhang bei höheren Einkommensniveaus weniger ausgeprägt ist (Abbildung 1.1.3). Nennenswerte Unterschiede in der Lebenserwartung gibt es auch zwischen OECD-Ländern mit ähnlichem Pro-Kopf-Einkommen. In Japan und Spanien ist die Lebenserwartung höher und in den Vereinigten Staaten, Dänemark und Ungarn niedriger, als allein auf Grund ihres Pro-Kopf-BIP anzunehmen wäre.

Abbildung 1.1.4 zeigt den Zusammenhang zwischen der Lebenserwartung bei der Geburt und den Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben in den einzelnen OECD-Ländern. Höhere Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben gehen generell mit einer höheren Lebenserwartung bei der Geburt einher, obwohl dieser Zusammenhang in Ländern mit höheren Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben in der Regel weniger deutlich ist. Auch hier ragen Japan und Spanien durch ihre im Verhältnis zum Niveau der Gesundheitsausgaben hohe Lebenserwartung heraus, während für die Vereinigten Staaten, Dänemark und Ungarn das Gegenteil zutrifft.

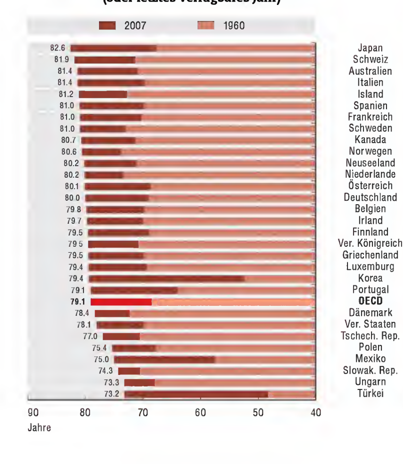
Unterschiede beim Pro-Kopf-BIP können *sowohl* die Lebenserwartung *als auch* die Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben beeinflussen. Neben dem Nationaleinkommen und den Gesamtgesundheitsausgaben können noch viele andere Faktoren herangezogen werden, um die zwischen den einzelnen Ländern bei der Lebenserwartung bestehenden Unterschiede zu erklären.

Definition und Abweichungen

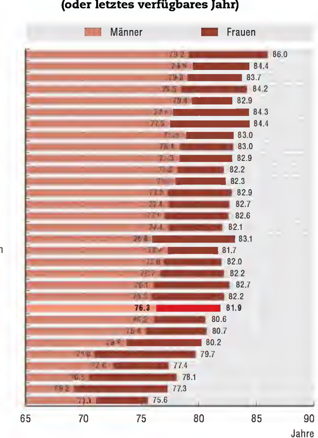
Die Lebenserwartung ist die durchschnittliche Zahl der einer Person verbleibenden Lebensjahre, basierend auf einer *gegebenen* Reihe von altersspezifischen Mortalitätsraten. Allerdings sind die *tatsächlichen* altersspezifischen Mortalitätsraten einer beliebigen Geburtenkohorte im Voraus nicht bekannt. Gehen die altersspezifischen Mortalitätsraten zurück (wie dies in den vergangenen Jahrzehnten in OECD-Ländern der Fall war), wird die tatsächliche Lebensdauer länger sein als die unter Zugrundelegung der aktuellen Sterberaten berechnete Lebenserwartung.

Jedes Land berechnet die Lebenserwartung nach etwas anderen Methoden. Diese methodischen Abweichungen können die Vergleichbarkeit der übermittelten Lebenserwartungsschätzungen beeinträchtigen, da sie die Schätzungen für ein Land um den Bruchteil eines Jahres verändern können. Die Lebenserwartung bei der Geburt für die Gesamtbevölkerung wird vom OECD-Sekretariat für alle Länder unter Verwendung ungewichteter Durchschnitte der Lebenserwartung von Männern und Frauen berechnet.

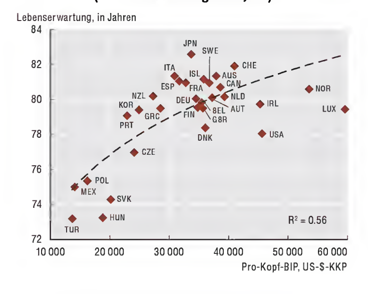
1.1.1 Lebenserwartung bei der Geburt, Gesamtbevölkerung, 1960 und 2007 (oder letztes verfügbares Jahr)



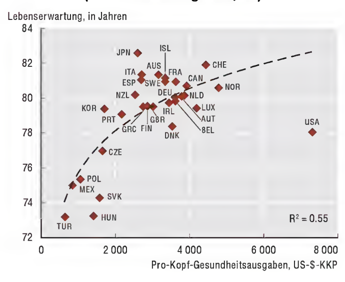
1.1.2 Lebenserwartung bei der Geburt, nach Geschlecht, 2007 (oder letztes verfügbares Jahr)



1.1.3 Lebenserwartung bei der Geburt und Pro-Kopf-BIP, 2007 (oder letztes verfügbares Jahr)



1.1.4 Lebenserwartung bei der Geburt und Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben, 2007 (oder letztes verfügbares Jahr)



Quelle: *OECD-Gesundheitsdaten 2009.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/802667744302

1.2. Lebenserwartung mit 65 Jahren

Die Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren ist in den letzten Jahrzehnten sowohl bei Frauen als auch bei Männern in allen OECD-Ländern deutlich gestiegen. Zu den Faktoren, die die Erhöhung der Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren erklären, zählen Fortschritte in der medizinischen Versorgung in Kombination mit einem breiteren Zugang zur Gesundheitsversorgung, einem gesünderen Lebensstil und besseren Lebensbedingungen vor und nach Erreichen des 65. Lebensjahrs.

2007 lag die Lebenserwartung der 65-Jährigen in den OECD-Ländern im Durchschnitt für Frauen bei über 20 Jahren und für Männer bei nahezu 17 Jahren (Abbildung 1.2.1). Das entspricht seit 1970 im Durchschnitt der OECD-Länder einem Zugewinn von fast fünf Jahren für Frauen und vier Jahren für Männer. Folglich hat sich die Geschlechterdifferenz bei der Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren zwischen 1970 und 2007 in vielen Ländern leicht vergrößert.

Ebenso ist die Lebenserwartung im Alter von 80 Jahren im Durchschnitt der OECD-Länder in den vergangenen 37 Jahren bei Frauen etwas rascher gestiegen als bei Männern (Abbildung 1.2.2). 2007 lag die Lebenserwartung für Frauen im Alter von 80 Jahren in den OECD-Ländern durchschnittlich bei 9,2 Jahren (gegenüber 6,5 Jahren 1970), während der entsprechende Wert für Männer 7,6 Jahre betrug (gegenüber 5,6 Jahren 1970).

Japan verbuchte in den letzten Jahrzehnten besonders starke Zuwächse bei der Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren, die sich zwischen 1970 und 2007 um über acht Jahre für Frauen und sechs Jahre für Männer erhöhte. Infolge dieser starken Zunahme erfreuten sich die Frauen und Männer in Japan 2007 unter allen OECD-Ländern mit 23,6 bzw. 18,6 verbleibenden Lebensjahren der höchsten Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren. Erklären lassen sich diese Zugewinne in Japan teilweise durch einen deutlichen Rückgang der Sterberaten bei Herz- und zerebrovaskulären Krankheiten (insbesondere Schlaganfall) unter älteren Menschen. Viele andere OECD-Länder haben in den vergangenen Jahrzehnten unter älteren Bevölkerungsgruppen ebenfalls einen deutlichen Rückgang der durch Herz-Kreislauf- und zerebrovaskuläre Krankheiten bedingten Todesfälle verzeichnet (OECD, 2003a; Moon *et al.*, 2003).

Beim Vergleich der Lebenserwartung bei der Geburt und im Alter von 65 Jahren verändert sich die Rangfolge mancher Länder. Frauen in Belgien, den Vereinigten Staaten und Neuseeland verbessern ihre Position gegenüber anderen Ländern, und dasselbe gilt für Männer in den Vereinigten Staaten, Frankreich und Mexiko. Demgegenüber ist die Lebenserwartung 65-jähriger Männer in den Niederlanden, Schweden und Luxemburg gegenüber der Lebenserwartung bei der Geburt in diesen Ländern niedriger.

In den OECD-Ländern trägt die in den letzten Jahrzehnten verzeichnete Zunahme der Lebenserwartung älterer Personen zusammen mit dem trendmäßigen Rückgang der Geburtenziffern zu einem stetigen Anstieg des Anteils älterer Menschen an der Bevölkerung bei (vgl. Tabellen A.2 und A.3 in Anhang A).

Die Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren wird wohl in den kommenden Jahrzehnten weiter steigen. Auf der Basis von Projektionen der Bevölkerungsdatenbank der Vereinten Nationen/Weltbank dürfte die Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren 2040 in den OECD-Ländern durchschnittlich 21,6 Jahre für Frauen und 18,1 Jahre für Männer erreichen (OECD, 2007d).

Ob mit der höheren Lebenserwartung ein guter Gesundheits- und funktioneller Zustand der älteren Menschen einhergeht, ist für die Gesundheits- und Langzeitpflegesysteme von großer Bedeutung. Aus jüngeren OECD-Arbeiten geht hervor, dass diese Feststellung trotz einer im Trend rückläufigen Inzidenz schwerer Behinderungen unter älteren Bevölkerungsgruppen in einigen Ländern (wie den Vereinigten Staaten, Italien und den Niederlanden) nicht überall zutrifft (Abbildung 1.2.3). In einigen anderen Ländern (wie z.B. Australien und Kanada) ist die Quote der schweren Behinderungen stabil, und in wiederum anderen Ländern (wie Schweden und Japan) scheinen schwerwiegende Einschränkungen bei Verrichtungen des täglichen Lebens während der letzten fünf bis zehn Jahre zugenommen zu haben. In Kombination mit der Bevölkerungsalterung deuten diese Trendentwicklungen darauf hin, dass der Bedarf an Langzeitpflege in allen OECD-Ländern in den kommenden Jahrzehnten steigen wird (Lafortune *et al.*, 2007).

Definition und Abweichungen

Die Lebenserwartung ist die durchschnittliche Zahl der einer Person in einem bestimmten Alter verbleibenden Lebensjahre, basierend auf den aktuellen altersspezifischen Mortalitätsraten. Allerdings sind die *tatsächlichen* altersspezifischen Mortalitätsraten einer beliebigen Geburtenkohorte im Voraus nicht bekannt. Gehen die altersspezifischen Mortalitätsraten zurück – wie dies in den vergangenen Jahrzehnten in OECD-Ländern der Fall war –, wird die tatsächliche Lebensdauer länger sein als die unter Zugrundelegung der aktuellen Sterberaten berechnete Lebenserwartung.

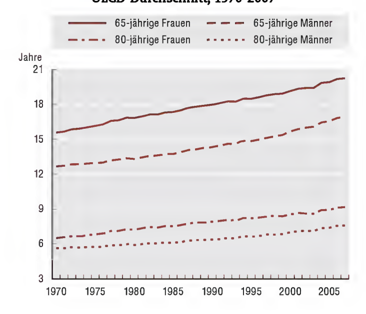
Die von den einzelnen Ländern zur Berechnung der Lebenserwartung verwendeten Methoden können etwas voneinander abweichen. Diese methodischen Unterschiede können die Vergleichbarkeit der übermittelten Lebenserwartungsschätzungen um den Bruchteil eines Jahres beeinträchtigen.

1.2.1 Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren nach Geschlecht, 1970 und 2007 (oder nächstgelegenes Jahr)

	Frauen 2007	Männer 2007
Japan	23.6	18.6
Frankreich	22.3	18.0
Schweiz	22.2	18.6
Spanien	22.0	17.8
Italien	21.8	17.9
Australien	21.6	18.5
Kanada	21.4	18.2
Finnland	21.3	17.0
Belgien	21.0	17.3
Norwegen	20.8	17.5
Österreich	20.8	17.4
Deutschland	20.7	17.4
Neuseeland	20.7	18.1
Schweden	20.7	17.8
Island	20.6	18.3
Korea	20.5	16.3
Niederlande	20.5	17.0
Ver. Staaten	20.3	17.4
Luxemburg	20.3	16.4
OECD	**20.2**	**16.9**
Portugal	20.2	16.8
Ver. Königreich	20.1	17.4
Irland	20.1	17.1
Griechenland	19.6	17.4
Dänemark	19.2	16.5
Polen	18.9	14.6
Tschech. Rep.	18.5	15.1
Mexiko	18.2	16.8
Ungarn	17.3	13.4
Slowak. Rep.	17.1	13.4
Türkei	15.8	13.[illegible]

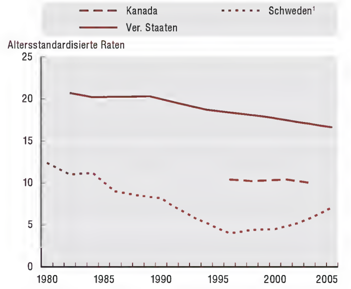
Frauen: 2007, 1970 — Männer: 1970, 2007 — Jahre (Achse 25, 20, 15, 10, 5 / 5, 10, 15, 20, 25)

1.2.2 Trends bei der Lebenserwartung im Alter von 65 und 80 Jahren, Männer und Frauen, OECD-Durchschnitt, 1970-2007



Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2009.

1.2.3 Trends bei schweren Behinderungen in der Bevölkerung ab 65 Jahre, ausgewählte OECD-Länder, 1980-2005



1. Für Schweden beziehen sich die Daten nur auf die Bevölkerung zwischen 65 und 84 Jahren.

Quelle: Lafortune *et al.* (2007).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/802764107131

1.3. Vorzeitige Mortalität

Die vorzeitige Mortalität, die anhand der potenziell verlorenen Lebensjahre (PYLL) vor dem Alter von 70 Jahren gemessen wird, umfasst die Todesfälle in den jüngeren Altersgruppen der Bevölkerung. Die PYLL-Werte hängen stark von der Säuglingssterblichkeit und den durch Krankheit und Verletzung bedingten Todesfällen unter Kindern und jungen Erwachsenen ab: Tritt der Tod im fünften Lebensjahr ein, entspricht dies 65 PYLL, tritt er im 60. Lebensjahr ein, entspricht dies nur 10 PYLL. Rückgänge bei den PYLL können durch Fortschritte in der Medizintechnik, z.B. in Bezug auf die Säuglingssterblichkeit und die durch Herzkrankheiten bedingten Todesfälle, sowie bei Vorsorgemaßnahmen und Kontrolluntersuchungen beeinflusst werden, wodurch vorzeitige oder vermeidbare Todesfälle infolge von Verletzungen und übertragbaren Krankheiten reduziert werden. Mehrere andere Variablen, wie das Pro-Kopf-BIP, die berufliche Stellung, die Zahl der Ärzte sowie der Alkohol- und Tabakkonsum, sind ebenfalls mit den Rückgängen bei der vorzeitigen Mortalität verbunden (Or, 2000; Joumard *et al.*, 2008).

Die Raten der vorzeitigen Mortalität sind in allen Ländern unter Männern höher, wobei der OECD-Durchschnitt 2006 (4 853 verlorene Lebensjahre je 100 000 Männer) nahezu doppelt so hoch ist wie der von Frauen (2 548). Die Hauptursachen potenziell verlorener Lebensjahre vor dem Alter von 70 Jahren unter Männern sind äußere Einwirkungen wie Unfälle und Gewalttaten (29%), gefolgt von Krebs (20%) und Herz-Kreislauf-Erkrankungen (16%). Bei den Frauen sind die häufigsten Ursachen Krebs (31%), äußere Einwirkungen (17%) und Herz-Kreislauf-Erkrankungen (12%).

Was die Männer betrifft, wiesen Schweden und Island 2006 die niedrigsten Niveaus vorzeitiger Mortalität auf, und bei Frauen waren die Werte in Japan und Italien am geringsten (Abbildung 1.3.1). Mexiko und Ungarn verzeichneten mit Werten, die mehr als doppelt so hoch waren wie im OECD-Land mit dem geringsten Wert, sowohl bei Männern als auch bei Frauen die höchsten Raten der vorzeitigen Mortalität. Die Rate für die Vereinigten Staaten war ebenfalls hoch – sie lag im Fall der Männer 30% über dem OECD-Durchschnitt und bei den Frauen 43% darüber. In den Vereinigten Staaten kann bei den Männern ein Drittel (und bei den Frauen ein Fünftel) dieser Raten der vorzeitigen Mortalität auf Todesfälle durch äußere Einwirkungen wie Unfälle, Suizide und Morde zurückgeführt werden. Die Zahl der durch Mord bedingten vorzeitigen Todesfälle liegt in den Vereinigten Staaten für Männer um mehr als das 5-Fache über dem OECD-Durchschnitt.

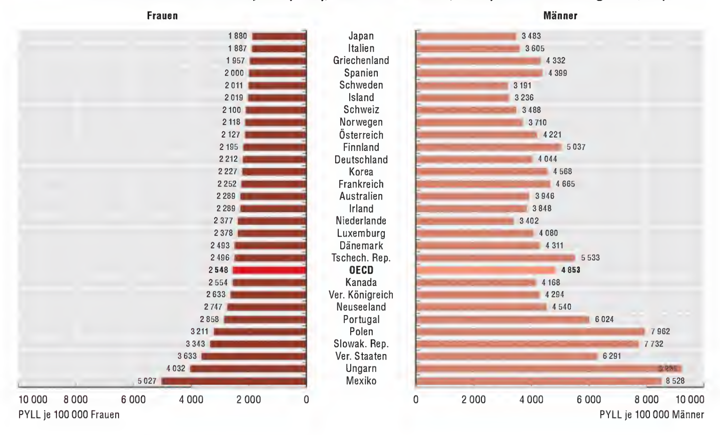
In den OECD-Ländern konnte die vorzeitige Mortalität seit 1970 im Durchschnitt um mehr als die Hälfte reduziert werden (Abbildung 1.3.2). Der Rückgang der vorzeitigen Mortalität erfolgte zwischen den 1970er Jahren und Anfang der 1990er Jahre bei Frauen rascher als bei Männern, seitdem hat sich aber der Durchschnittswert der PYLL für Männer und Frauen im selben Maße verringert. Der Abwärtstrend bei der Säuglingssterblichkeit war in den ersten Jahren maßgeblich für den beobachteten Rückgang verantwortlich (vgl. Indikator 1.8 „Säuglingssterblichkeit"). In jüngerer Zeit hat der Rückgang der durch Herzerkrankungen bedingten Todesfälle unter Erwachsenen in vielen Ländern erheblich zur Gesamtreduzierung der vorzeitigen Mortalität beigetragen (vgl. Indikator 1.4 „Mortalität durch Herzerkrankung und Schlaganfall").

In Portugal und Italien sind die Raten der vorzeitigen Mortalität sowohl bei Männern als auch bei Frauen rasch gesunken und liegen derzeit bei weniger als einem Drittel der Niveaus der 1970er Jahre. Obwohl die Werte noch immer hoch sind, war auch in Mexiko ein drastischer Rückgang festzustellen. In beiden Fällen leistete die starke Verringerung der Säuglingssterberaten einen wichtigen Beitrag. Demgegenüber ist die vorzeitige Mortalität in Ungarn langsamer zurückgegangen, insbesondere unter Männern. Dies ist weitgehend auf die nach wie vor hohen Sterberaten infolge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (derzeit zweimal so hoch wie im OECD-Durchschnitt) und Leberkrankheiten (über dreimal so hoch wie im OECD-Durchschnitt) zurückzuführen. Diese Sterberaten spiegeln einen ungesunden Lebensstil, insbesondere Alkohol- und Tabakkonsum unter Männern in Ungarn, wie auch hohe Suizidraten wider. Der Rückgang der vorzeitigen Mortalität war in Polen und den Vereinigten Staaten ebenfalls langsam.

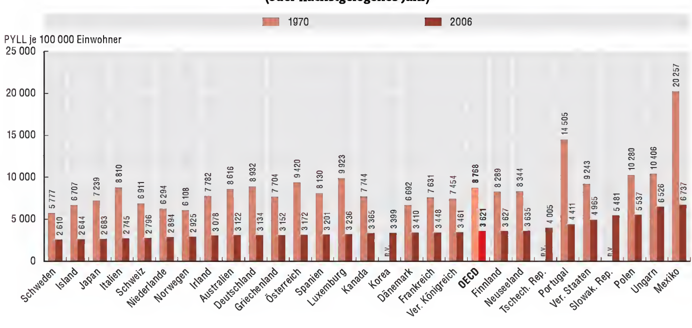
Definition und Abweichungen

Die potenziell verlorenen Lebensjahre (PYLL) sind ein summarischer Indikator der vorzeitigen Mortalität, der eine explizite Methode der Gewichtung in jüngerem Alter eintretender Todesfälle bietet. Zur Berechnung der PYLL werden die in jeder Altersgruppe eintretenden altersspezifischen Todesfälle addiert und anhand der Zahl der bis zu einer vorab festgelegten Altersgrenze verbleibenden Lebensjahre gewichtet, die hier bei 70 Jahren festgesetzt wurde. Tritt beispielsweise der Tod im fünften Lebensjahr ein, werden 65 PYLL-Jahre gezählt. Ausgedrückt wird der Indikator je 100 000 Frauen und Männer.

1.3.1 Potenziell verlorene Lebensjahre (PYLL), Frauen und Männer, 2006 (oder letztes verfügbares Jahr)



1.3.2 Rückgang der Zahl der potenziell verlorenen Lebensjahre (PYLL), Frauen und Männer insgesamt, 1970-2006 (oder nächstgelegenes Jahr)



Quelle: *OECD-Gesundheitsdaten* 2009. Die Rohdaten zur Mortaliät sind der Mortaliätsdatenbank der WHO entnommen.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/802773818345

1.4. Mortalität durch Herzerkrankung und Schlaganfall

Herz-Kreislauf-Erkrankungen waren 2006 mit 36% aller Todesfälle in nahezu allen OECD-Ländern die häufigste Todesursache. Sie umfassen eine Reihe von Krankheiten des Kreislaufsystems, insbesondere die ischämische (koronare) Herzkrankheit (KHK oder Herzinfarkt) und zerebrovaskuläre Krankheiten (oder Schlaganfall). Zusammen machen die ischämische Herzkrankheit und der Schlaganfall zwei Drittel aller der durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen bedingten Todesfälle aus und verursachten 2006 in den OECD-Ländern ein Viertel aller Todesfälle.

Die ischämische Herzkrankheit entsteht durch die Akkumulation von Fettablagerungen an den Innenwänden einer Herzkranzarterie, wodurch die Blutzufuhr zum Herz gedrosselt wird. 2006 waren koronare Herzkrankheiten allein für 16% aller Todesfälle in den OECD-Ländern verantwortlich. Die Mortalität auf Grund von ischämischer Herzkrankheit (KHK) variiert aber erheblich zwischen den einzelnen OECD-Ländern (Abbildung 1.4.1). Die mittel- und osteuropäischen Länder melden die höchsten KHK-Sterberaten, darunter die Slowakische Republik sowohl für Männer als auch für Frauen, gefolgt von Ungarn und der Tschechischen Republik. Auch in Finnland, Polen und den Vereinigten Staaten sind die KHK-Sterberaten relativ hoch und erreichen ein Mehrfaches der in Japan und Korea beobachteten Raten. Bei der Variation der KHK-Sterberaten sind regionale Muster zu erkennen. Gleich nach den zwei asiatischen OECD-Ländern verzeichnen vier südeuropäische Länder, und zwar Frankreich, Spanien, Portugal und Italien, die niedrigsten KHK-Sterberaten. Das spricht für die allgemein vertretene Hypothese, dass es grundlegende Risikofaktoren wie z.B. die Ernährungsweise gibt, die die zwischen den einzelnen Ländern bestehenden Unterschiede bei den Sterberaten erklären.

Die Sterberaten sind in allen Ländern bei Männern sehr viel höher als bei Frauen (Abbildung 1.4.1). Im Durchschnitt der OECD-Länder waren die KHK-Sterberaten bei Männern 2006 nahezu doppelt so hoch wie bei Frauen.

Seit 1980 sind die KHK-Sterberaten in nahezu allen OECD-Ländern zurückgegangen. Besonders bemerkenswert war der Rückgang in Dänemark, den Niederlanden, Schweden, Norwegen und Australien, wo die KHK-Sterberaten um über zwei Drittel oder mehr gesunken sind. Für die rückläufige Entwicklung ist eine Reihe von Faktoren verantwortlich, wobei der sinkende Tabakkonsum zur Verringerung der KHK-Inzidenz und mithin zum Rückgang der KHK-Sterberaten beigetragen hat. Bedeutende Fortschritte bei der medizinischen Behandlung der ischämischen Herzkrankheit waren ebenfalls ein maßgeblicher Faktor für die Reduzierung der Sterberaten (Moïse *et al.*, 2003) (vgl. Indikator 4.6 „Kardiovaskuläre Eingriffe“ und Indikator 5.4 „Krankenhausletalitätsrate nach einem akuten Myokardinfarkt“). In einigen Ländern war jedoch seit 1980 lediglich ein geringer oder gar kein Rückgang zu beobachten. In Ungarn und Polen sind die Mortalitätsraten gestiegen. In Griechenland ist die Rate nur leicht zurückgegangen, sie war aber bereits 1980 verhältnismäßig niedrig.

Schlaganfall ist eine weitere wichtige Todesursache in den OECD-Ländern, 2006 entfielen hierauf etwa 9% aller Todesfälle. Verursacht werden Schlaganfälle durch eine Unterbrechung der Blutzufuhr zum Gehirn. Schlaganfälle führen nicht nur in vielen Fällen zum Tod, sie können auch schwere Behinderungen nach sich ziehen (Moon *et al.*, 2003). Wie bei der ischämischen Herzkrankheit, bestehen zwischen den einzelnen Ländern große Unterschiede bei den durch Schlaganfall bedingten Sterberaten (Abbildung 1.4.2). Am höchsten sind die Raten in Portugal, Ungarn, der Tschechischen Republik und Griechenland. Am niedrigsten sind sie in der Schweiz, Frankreich, Kanada und den Vereinigten Staaten.

Ein Blick auf die Trendentwicklung im Zeitverlauf zeigt, dass die Schlaganfallmortalität in allen OECD-Ländern (außer Polen) seit 1980 zurückgegangen ist. Die Raten sind in Österreich, Japan, Luxemburg, Irland und Frankreich um nahezu drei Viertel gesunken. Wie bei der ischämischen Herzkrankheit, ist der Rückgang der Schlaganfallmortalität zumindest z.T. einer Verringerung der Risikofaktoren zu verdanken. Tabakkonsum und Bluthochdruck sind die zwei größten beeinflussbaren Risikofaktoren für einen Schlaganfall. Fortschritte bei der medizinischen Behandlung von Schlaganfällen haben die Überlebensquoten ebenfalls erhöht (vgl. Indikator 5.5 „Krankenhausletalitätsraten nach einem Schlaganfall“).

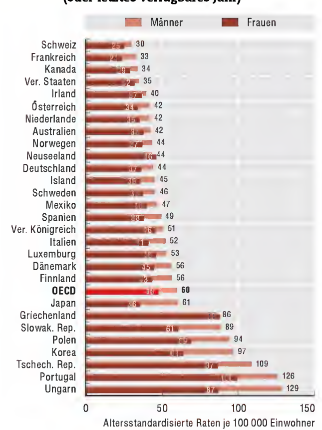
Definition und Abweichungen

Die Sterberaten basieren auf den Rohdaten zur Anzahl der Todesfälle nach ausgewählten Todesursachen, die der Mortalitätsdatenbank der WHO entnommen sind. Mathers *et al.* (2005) haben eine generelle Bewertung des Erfassungsgrads, der Vollständigkeit und Verlässlichkeit der Daten zu Todesursachen vorgenommen. Die Sterberaten wurden entsprechend der Bevölkerung der OECD-Länder im Jahr 1980 altersstandardisiert, um Unterschiede auf Grund von Differenzen beim Altersaufbau auszuschalten, die zwischen den Ländern und im Zeitverlauf innerhalb eines Landes gegeben sein können.

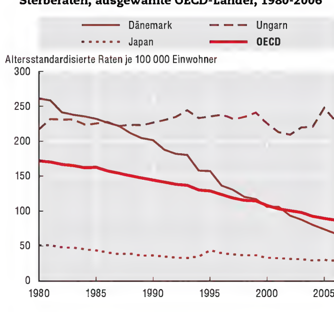
1.4.1 Ischämische Herzkrankheit, Sterberaten, 2006 (oder letztes verfügbares Jahr)



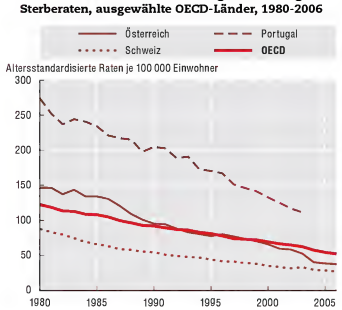
1.4.2 Schlaganfall, Sterberaten, 2006 (oder letztes verfügbares Jahr)



1.4.3 Trends bei den durch Herzinfarkt bedingten Sterberaten, ausgewählte OECD-Länder, 1980-2006



1.4.4 Trends bei den durch Schlaganfall bedingten Sterberaten, ausgewählte OECD-Länder, 1980-2006



Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2009. Die Rohdaten zur Mortalität sind der Mortalitätsdatenbank der WHO entnommen und entsprechend der OECD-Bevölkerung von 1980 altersstandardisiert.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/802861738882

1.5. Mortalität durch Krebs

Krebs ist (nach Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems) die zweithäufigste Todesursache in den OECD-Ländern und hat 2006 27% aller Todesfälle verursacht. Im Jahr 2006 waren die Krebssterberaten in Mexiko, Finnland, der Schweiz und Japan am niedrigsten. Am höchsten fielen sie in den mittel- und osteuropäischen Ländern (Ungarn, Tschechische Republik, Slowakische Republik, Polen) und Dänemark aus (Abbildung 1.5.1).

In allen OECD-Ländern sind die Krebssterberaten für Männer höher als für Frauen (Abbildung 1.5.1). Im Jahr 2006 war der Geschlechterunterschied bei den Krebssterberaten in Korea, Spanien, der Slowakischen Republik, Japan und Frankreich besonders groß, wo für Männer mehr als doppelt so hohe Sterberaten verzeichnet wurden wie für Frauen. Bei den Krebssterberaten lässt sich die Geschlechterdifferenz zumindest teilweise durch die größere Prävalenz von Risikofaktoren für Männer und die geringere Verfügbarkeit oder Inanspruchnahme von Früherkennungsprogrammen für verschiedene männertypische Krebsarten erklären, was niedrigere Überlebensquoten nach einer Diagnose zur Folge hat.

Lungenkrebs ist in allen OECD-Ländern (außer Mexiko und Schweden) nach wie vor für die größte Zahl von Krebstodesfällen unter Männern verantwortlich und gleichzeitig auch eine der Hauptursachen der Krebsmortalität von Frauen. Rauchen ist der größte Risikofaktor für Lungenkrebs. 2006 waren die Lungenkrebssterberaten unter Männern in den mittel- und osteuropäischen Ländern (Ungarn, Polen, Slowakische Republik und Tschechische Republik), den Niederlanden, Griechenland und Korea am höchsten (Abbildung 1.5.2). Dies sind alles Länder, in denen der Raucheranteil unter den Männern relativ hoch ist. Gering sind die Lungenkrebssterberaten unter Männern in Mexiko sowie in Schweden, einem der Länder mit der niedrigsten Raucherquote bei Männern (vgl. Indikator 2.5 „Tabakkonsum“).

Brustkrebs ist in allen OECD-Ländern die am weitesten verbreitete Krebsart unter Frauen (IARC, 2004). Auf Brustkrebs entfallen 30% oder mehr aller Krebserkrankungen bei Frauen und 15-20% aller Krebstodesfälle. Auch wenn die gemessenen Inzidenzraten bei Brustkrebs im letzten Jahrzehnt in den meisten Ländern zugenommen haben, sind die Brustkrebssterberaten doch zurückgegangen oder stabil geblieben, was auf einen Anstieg der Überlebensquoten dank frühzeitigerer Diagnose und/oder verbesserter Therapiemöglichkeiten hindeutet (vgl. Indikator 5.8 „Screening, Überlebensrate und Mortalität bei Brustkrebs“). Am niedrigsten waren die Sterberaten infolge von Brustkrebs in Korea und Japan, am höchsten in Dänemark, den Niederlanden, Irland und im Vereinigten Königreich (Abbildung 1.5.3).

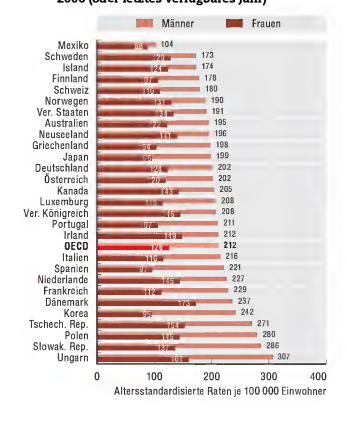
Prostatakrebs hat sich in vielen OECD-Ländern zur am weitesten verbreiteten Krebsart unter Männern entwickelt, vor allem bei Männern über 65 Jahren, obwohl die Sterberaten durch Prostatakrebs in allen Ländern außer Mexiko und Schweden weiterhin niedriger sind als durch Lungenkrebs. Der Anstieg der erfassten Fälle von Prostatakrebs, der in den 1990er und 2000er Jahren in vielen Ländern zu beobachten war, ist weitgehend auf den größeren Einsatz von PSA-Untersuchungen zur Früherkennung zurückzuführen. 2006 schwankten die Prostatakrebssterberaten zwischen Tiefstwerten von weniger als 10 je 100 000 männliche Einwohner in Korea sowie Japan und Höchstwerten von über 30 je 100 000 männliche Einwohner in Dänemark, Schweden und Norwegen (Abbildung 1.5.4). Über die Ursachen von Prostatakrebs weiß man nicht viel. Einzelne Befunde legen den Schluss nahe, dass Umwelt- und Ernährungsfaktoren das Risiko von Prostatakrebs beeinflussen können (Institute of Cancer Research, 2009).

Die durch Krebs verursachten Todesfälle bei Männern und Frauen (alle Krebsarten zusammengenommen) sind in den meisten OECD-Ländern seit 1985 zumindest geringfügig zurückgegangen, wobei der Rückgang allerdings bescheidener ausfiel als bei den Herz-Kreislauf-Krankheiten, was erklärt, warum Krebs nunmehr für einen größeren Teil aller Todesfälle verantwortlich ist. Ausnahmen von diesem rückläufigen Entwicklungsmuster bilden Griechenland, Korea, Polen, Portugal, die Slowakische Republik und Spanien, wo die Krebsmortalität zwischen 1985 und 2006 unverändert blieb oder gestiegen ist.

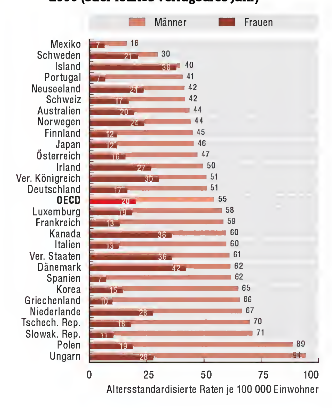
Definition und Abweichungen

Die Sterberaten basieren auf Rohdaten zur Anzahl der Todesfälle nach ausgewählten Todesursachen, die der Mortalitätsdatenbank der WHO entnommen sind. Mathers *et al.* (2005) haben eine generelle Bewertung des Erfassungsgrads, der Vollständigkeit und Verlässlichkeit der WHO-Daten zu Todesursachen vorgenommen. Die internationale Vergleichbarkeit von Daten zu Krebssterberaten kann durch Unterschiede in der medizinischen Ausbildung und bei den ärztlichen Behandlungsmethoden wie auch bei den Verfahren der Todesfeststellung in den einzelnen Ländern beeinträchtigt werden. Die Sterberaten wurden entsprechend der Bevölkerung der OECD-Länder im Jahr 1980 altersstandardisiert, um Differenzen auf Grund von Unterschieden bei der Altersstruktur auszuschalten, die zwischen den Ländern und im Zeitverlauf innerhalb eines Landes gegeben sein können.

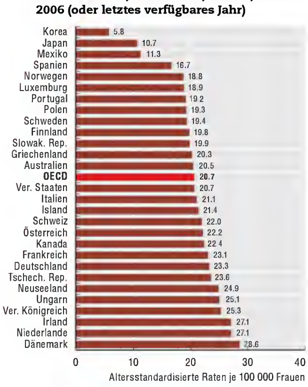
1.5.1 Alle Krebsarten, Sterberaten, Männer und Frauen, 2006 (oder letztes verfügbares Jahr)



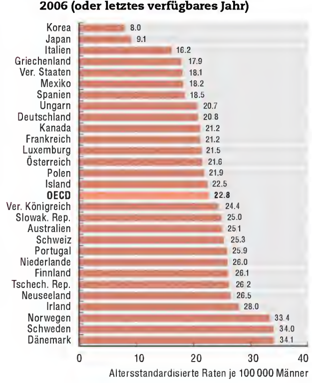
1.5.2 Lungenkrebs, Sterberaten, Männer und Frauen, 2006 (oder letztes verfügbares Jahr)



1.5.3 Brustkrebs, Sterberaten, Frauen, 2006 (oder letztes verfügbares Jahr)



1.5.4 Prostatakrebs, Sterberaten, Männer, 2006 (oder letztes verfügbares Jahr)



Quelle: *OECD-Gesundheitsdaten 2009*. Die Rohdaten zur Mortalität sind der Mortalitätsdatenbank der WHO entnommen und entsprechend der OECD-Bevölkerung von 1980 altersstandardisiert.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/802876016485

1.6. Mortalität durch Straßenverkehrsunfälle

Weltweit kommen jährlich schätzungsweise 1,2 Millionen Personen durch Straßenverkehrsunfälle ums Leben und nicht weniger als 50 Millionen Personen erleiden Verletzungen oder Behinderungen (WHO, 2009c). Allein in den OECD-Ländern waren Straßenverkehrsunfälle 2006 für mehr als 125 000 Todesfälle verantwortlich, am häufigsten in den Vereinigten Staaten (46 000), Mexiko (17 000) und Japan (9 000). Zu rd. 5 000-6 000 Unfalltoten im Straßenverkehr kam es 2006 in Italien, Polen und Deutschland.

Straßenverkehrsunfälle sind in vielen Ländern die häufigste Todesursache unter Kindern und Jugendlichen, besonders unter jungen Männern. Das Todesfallrisiko ist bei Motorrädern und Mopeds von allen Verkehrsmitteln am größten, selbst wenn die Zahl der Verkehrsunfallverletzungen mit tödlichem Ausgang bei Personenkraftwagen am höchsten ist (ETSC, 2003; Beck *et al.*, 2007).

Neben den sozialen, materiellen und psychologischen Effekten sind die direkten und indirekten finanziellen Kosten von Straßenverkehrsunfällen ganz erheblich; im Rahmen einer Schätzung wurden diese in Ländern mit hohem Straßenverkehrsaufkommen mit 2% des jährlichen Bruttonationalprodukts veranschlagt (Peden *et al.*, 2004). Durch Verkehrsunfälle bedingte Verletzungen oder Todesfälle sind nach wie vor ein großes öffentliches Gesundheitsproblem.

Die Sterberaten durch Verkehrsunfälle waren 2006 in Mexiko und Portugal am höchsten, gefolgt von Korea und den Vereinigten Staaten, wobei sie in all diesen Ländern über 15 Todesfälle je 100 000 Einwohner betrugen (Abbildung 1.6.1). Am niedrigsten waren sie in den Niederlanden, Norwegen und Schweden, mit fünf Todesfällen je 100 000 Einwohner oder weniger. Die Differenz zwischen den Niederlanden und Mexiko, den Ländern mit der niedrigsten und der höchsten Rate, beträgt das Vierfache. In allen Ländern ist die Zahl der tödlichen Verkehrsunfälle bei Männern sehr viel höher als bei Frauen, mit Unterschieden bei den Sterberaten für Männer vom Zweifachen in Island bis zum Vierfachen in Griechenland und Italien. Durchschnittlich ist die Zahl der tödlichen Straßenverkehrsunfälle bei Männern dreimal so hoch wie bei Frauen (Abbildung 1.6.2).

Viele durch Verkehrsunfälle bedingte Verletzungen und Todesfälle könnten vermieden werden. Die Straßenverkehrssicherheit hat sich in den vergangenen Jahrzehnten durch Verbesserungen der Straßeninfrastruktur, Aufklärungs- und Präventionskampagnen, die Einführung neuer Gesetze und Vorschriften sowie die Durchsetzung dieser neuen gesetzlichen Bestimmungen durch verstärkte Verkehrskontrollen in vielen Ländern wesentlich erhöht. So konnten die durch Verkehrsunfälle bedingten Todesfälle im Durchschnitt der OECD-Länder seit 1970 um über die Hälfte verringert werden (Abbildung 1.6.3). Die Niederlande, Deutschland und die Schweiz verzeichneten mit einem Rückgang von etwa 80% seit 1970 die deutlichste Abnahme der Sterberaten, obgleich die zurückgelegten Fahrzeugkilometer im selben Zeitraum in den europäischen Ländern im Durchschnitt um das 2,7-Fache stiegen (OECD/ITF, 2008). Auch in den Vereinigten Staaten sind die Sterberaten zurückgegangen, wenn auch in langsamerem Tempo, so dass sie weiterhin über dem OECD-Durchschnitt liegen. In Mexiko und Griechenland ist die Rate der durch Verkehrsunfälle bedingten Todesfälle seit 1970 deutlich gestiegen (Abbildung 1.6.4).

Auf der Basis einer Extrapolation vergangener Trendentwicklungen deuten die Projektionen der Weltbank darauf hin, dass zwischen 2000 und 2020 die Zahl der Verkehrstoten in Hocheinkommensländern um etwa 30% weiter zurückgehen und in Ländern des unteren und mittleren Einkommensbereichs indessen deutlich zunehmen dürfte, sofern keine zusätzlichen Maßnahmen zur Erhöhung der Straßenverkehrssicherheit eingeführt und umgesetzt werden (Peden *et al.*, 2004).

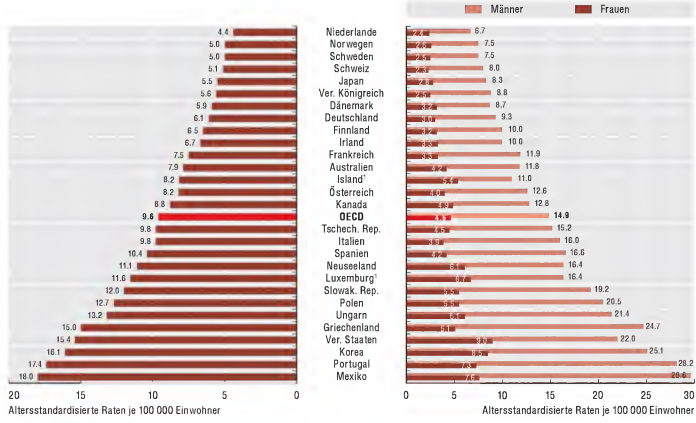
Definition und Abweichungen

Die Sterberaten basieren auf den Rohdaten zur Anzahl der Todesfälle nach ausgewählten Todesursachen laut Mortalitätsdatenbank der WHO. Mathers *et al.* (2005) haben eine generelle Bewertung des Erfassungsgrads, der Vollständigkeit und der Verlässlichkeit der WHO-Daten zu Todesursachen vorgenommen. Die Mortalitätsraten wurden entsprechend der Bevölkerung der OECD-Länder im Jahr 1980 altersstandardisiert, um Differenzen auf Grund von Unterschieden bei der Altersstruktur auszuschalten, die zwischen den Ländern und im Zeitverlauf innerhalb eines Landes gegeben sein können.

Die Mortalitätsraten durch Straßenverkehrsunfälle in Luxemburg sind insofern überzeichnet, als das hohe Transitverkehrsaufkommen dazu führt, dass bei Verkehrsunfällen in Luxemburg ein bedeutender Anteil Gebietsfremder ums Leben kommt.

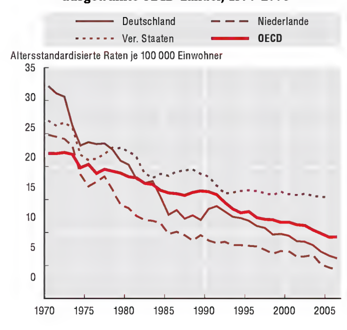
1.6.1 Straßenverkehrsunfälle, Sterberaten, Gesamtbevölkerung, 2006 (oder letztes verfügbares Jahr)

1.6.2 Straßenverkehrsunfälle, Sterberaten, Männer und Frauen, 2006 (oder letztes verfügbares Jahr)

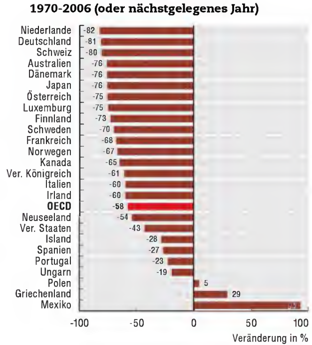


1. Dreijahresdurchschnitt.

1.6.3 Trendentwicklung der Sterberaten bei Straßenverkehrsunfällen, ausgewählte OECD-Länder, 1970-2006



1.6.4 Veränderung der Sterberaten bei Straßenverkehrsunfällen, 1970-2006 (oder nächstgelegenes Jahr)



Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2009. Die Rohdaten zur Mortalität sind der Mortalitätsdatenbank der WHO entnommen und entsprechend der OECD-Bevölkerung von 1980 altersstandardisiert.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/803030282363

1.7. Suizid

Die vorsätzliche Selbsttötung ist nicht nur Ausdruck eines persönlichen Zusammenbruchs, sondern auch einer Verschlechterung des sozialen Umfelds, in dem die betreffenden Personen leben. Die Entscheidung, dem eigenen Leben ein Ende zu setzen, kann die Folge einer Reihe unterschiedlicher Faktoren sein. Der Suizid erfolgt häufiger in persönlichen Krisenphasen, bei Scheidungen, Alkohol- und Drogenmissbrauch oder Arbeitslosigkeit sowie in Fällen klinischer Depression oder bei sonstigen Formen psychischer Erkrankungen. Daher wird der Suizid häufig als Proxyindikator des psychischen Gesundheitszustands einer Bevölkerung herangezogen. Allerdings wird die Suizidzahl in einigen Ländern möglicherweise zu niedrig ausgewiesen, da der Suizid dort noch immer mit einem Stigma behaftet ist oder weil Datenprobleme im Zusammenhang mit den Berichterstattungskriterien bestehen (vgl. „Definition und Abweichungen").

Der Suizid ist in vielen Ländern eine bedeutende Todesursache, auf die 2006 über 140 000 Todesfälle zurückzuführen waren. Im Jahr 2006 waren die Suizidraten in südeuropäischen Ländern (Griechenland, Italien und Spanien) wie auch in Mexiko und im Vereinigten Königreich mit weniger als sieben Todesfällen je 100 000 Einwohner am niedrigsten (Abbildung 1.7.1). Am höchsten waren sie mit 18 oder mehr Todesfällen je 100 000 Einwohner in Korea, Ungarn, Japan und Finnland. Die Differenz zwischen Griechenland und Korea, den Ländern mit der niedrigsten und der höchsten Suizidrate, beträgt mehr als das Siebenfache.

Seit 1990 haben die Suizidraten in vielen OECD-Ländern abgenommen, mit ausgeprägten Rückgängen um mindestens 40% in Dänemark, Luxemburg und Ungarn (Abbildung 1.7.3). Trotz dieser Verbesserung weist Ungarn nach wie vor eine der höchsten Raten unter den OECD-Ländern auf. Am stärksten gestiegen sind die Suizidraten seit 1990 in Korea, Mexiko und Japan, verharren aber in Mexiko weiter auf niedrigem Niveau. In Korea und Japan liegen die Suizidraten nunmehr weit über dem OECD-Durchschnitt (Abbildung 1.7.4). Die Suizidrate der Männer stieg in Korea nahezu um das Dreifache von 12 je 100 000 männliche Einwohner im Jahr 1990 auf 32 im Jahr 2006, und die der Frauen ist mit 13 je 100 000 weibliche Einwohner die höchste unter den OECD-Ländern. Der Konjunkturabschwung, die sich verringernde soziale Integration wie auch die Erosion der traditionellen Familienstruktur, in der ältere Menschen noch mehr Unterstützung fanden, sind alles Faktoren, die für den in letzter Zeit in Korea beobachteten Anstieg der Suizidraten verantwortlich sind (Kwon *et al.*, 2009).

Generell sind die suizidbedingten Sterberaten in den OECD-Ländern für Männer drei- bis viermal so hoch wie für Frauen (Abbildung 1.7.2), und diese Geschlechterdifferenz ist im Zeitverlauf recht stabil geblieben. Geringer sind die Geschlechterunterschiede bei den Selbstmordversuchen, worin sich die Tatsache widerspiegelt, dass Frauen in der Regel Methoden wählen, die weniger häufig zu einem tödlichen Ausgang führen.

Die Suizidhäufigkeit hängt auch vom Alter ab, wobei jüngere Menschen – unter 25 Jahren – und ältere Menschen besonders gefährdet sind. Während die Suizidraten unter älteren Menschen in den vergangenen zwanzig Jahren im Allgemeinen gesunken sind, wurden bei den jüngeren Kohorten kaum Verbesserungen verzeichnet.

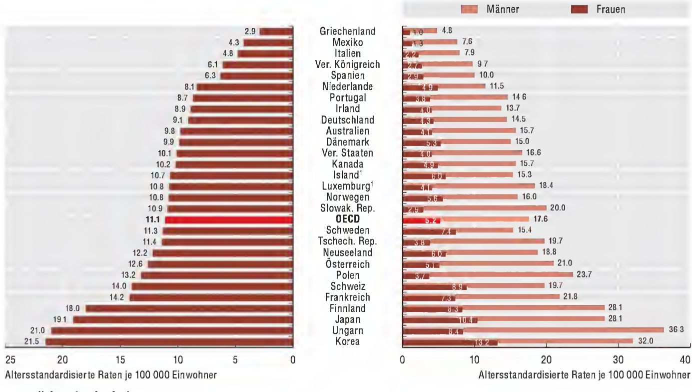
Da Suizide in der überwiegenden Zahl der Fälle mit Depression oder Missbrauch von Alkohol und anderen Substanzen in Zusammenhang stehen, muss die Früherkennung derartiger psycho-sozialer Probleme in Risikogruppen durch die Familien, Sozialarbeiter und Gesundheitsfachkräfte fester Bestandteil von Suizidpräventionskampagnen sein, was auch für die Bereitstellung effektiver Unterstützung und Therapiemöglichkeiten gilt. Da dem Problem des Suizids weltweit verstärktes Interesse zukommt, bemühen sich zurzeit viele Länder um die Förderung der psychischen Gesundheit und die Konzipierung nationaler, besonders auf Risikogruppen ausgerichteter Präventionsstrategien (Hawton und van Heeringen, 2009). In Finnland und Island basieren Suizidpräventionsprogramme auf Anstrengungen zur Förderung einer intensiven multisektoralen Zusammenarbeit und Vernetzung (NOMESCO, 2007).

Definition und Abweichungen

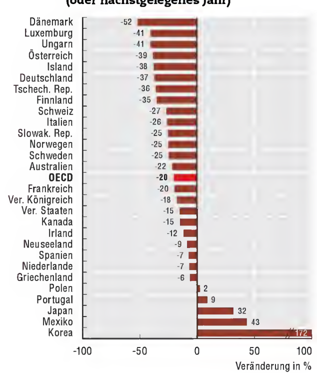
Die Weltgesundheitsorganisation definiert „Suizid" als eine Handlung, die eine Person in voller Kenntnis und in Erwartung des tödlichen Ausgangs selbst plant und ausführt.

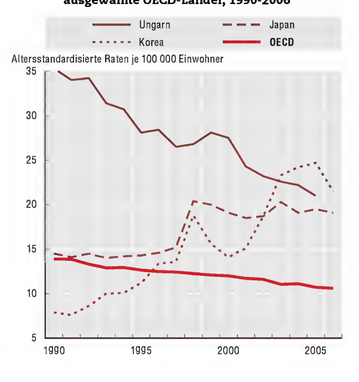
Die Sterberaten basieren auf Rohdaten zur Anzahl der Todesfälle nach ausgewählten Todesursachen, die der Mortalitätsdatenbank der WHO entnommen sind. Mathers *et al.* (2005) haben eine generelle Bewertung des Erfassungsgrads, der Vollständigkeit und Verlässlichkeit der WHO-Daten zu verschiedenen Todesursachen vorgenommen. Die Sterberaten wurden entsprechend der Bevölkerungsstruktur der OECD-Länder von 1980 altersstandardisiert, um Differenzen auf Grund von Unterschieden beim Altersaufbau auszuschalten, die zwischen den Ländern und im Zeitverlauf innerhalb eines Landes gegeben sein können.

Die internationale Vergleichbarkeit der Suiziddaten wird durch eine Reihe von Berichterstattungskriterien, darunter die Art und Weise, wie die Tötungsabsicht einer Person festgestellt wird, wer für die Ausstellung der Sterbeurkunde verantwortlich ist und ob eine gerichtsmedizinische Untersuchung stattgefunden hat, sowie die Bestimmungen hinsichtlich der Schweigepflicht in Bezug auf die Todesursache beeinflusst. Bei der Interpretation der Unterschiede zwischen den Ländern ist daher Vorsicht geboten.



1. Dreijahresdurchschnitt.





Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2009. Die Rohdaten zur Mortalität sind der Mortalitätsdatenbank der WHO entnommen und entsprechend der OECD-Bevölkerung von 1980 altersstandardisiert.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/803034582434

1.8. Säuglingssterblichkeit

In der Säuglingssterberate, d.h. der Sterberate von Säuglingen und Kleinkindern unter einem Jahr, spiegelt sich der Effekt wirtschaftlicher und sozialer Bedingungen auf die Gesundheit von Müttern und Neugeborenen sowie die Effizienz der Gesundheitssysteme wider.

Im Jahr 2007 reichten die Säuglingssterberaten in den OECD-Ländern von einem Tiefstwert von zwei bis drei Todesfällen je 1 000 Lebendgeburten in Japan, den nordischen Ländern (außer Dänemark), Irland und Luxemburg bis zu einem Höchstwert von 16 bzw. 21 Todesfällen je 1 000 Lebendgeburten in Mexiko und der Türkei (Abbildung 1.8.1). Relativ hoch (sechs oder mehr Todesfälle je 1 000 Lebendgeburten) waren die Säuglingssterberaten auch in den Vereinigten Staaten und einigen ost- und mitteleuropäischen Ländern. Unter Ausklammerung der Türkei und Mexikos lag der Durchschnitt 2007 in den übrigen 28 OECD-Ländern bei 3,9.

Rund zwei Drittel der Todesfälle, die im ersten Lebensjahr eintreten, sind neonatale Todesfälle (in den ersten vier Wochen). Geburtsfehler, Frühgeburten und sonstige während der Schwangerschaft auftretende Komplikationen sind die Hauptfaktoren, die in Industrieländern zur neonatalen Sterblichkeit beitragen. Mit der wachsenden Zahl von Frauen, die den Zeitpunkt ihrer Mutterschaft aufschieben, und der Zunahme von Mehrlingsgeburten infolge von Fruchtbarkeitsbehandlungen ist die Anzahl der Frühgeburten im Trend gestiegen (vgl. Indikator 1.9 „Säuglingsgesundheit: niedriges Geburtsgewicht"). In einer Reihe von Hocheinkommensländern hat dies in den letzten Jahren zu einer Abschwächung des rückläufigen Trends bei der Säuglingssterblichkeit geführt. Der Anstieg der Geburten von sehr kleinen Säuglingen war der Hauptgrund für die Zunahme der Säuglingssterberaten, die zwischen 2001 und 2002 erstmals wieder seit den 1950er Jahren in den Vereinigten Staaten beobachtet wurde. Bei den Todesfällen nach dem ersten Lebensmonat (postneonatale Mortalität) sind die Ursachen in der Regel vielfältiger: In den meisten Fällen handelt es sich um plötzlichen Kindstod (SIDS), Geburtsfehler, Infektionen und Unfälle.

Alle OECD-Länder haben bei der Reduzierung der Säuglingssterberaten beachtliche Fortschritte gegenüber dem Niveau von 1970 erzielt, als der Durchschnitt bei annähernd 30 Todesfällen je 1 000 Lebendgeburten lag (Abbildung 1.8.3). Das entspricht einer kumulativen Senkung von über 80% seit 1970. Portugal, das zuvor die höchste Säuglingssterblichkeit in Europa aufwies, konnte seit 1970 eine durchschnittliche jährliche Verringerung der Säuglingssterberate um über 7% verzeichnen und ist so bis 2007 in die Gruppe der Länder mit den niedrigsten Raten im OECD-Raum aufgerückt (Abbildung 1.8.2). Eine starke Reduzierung der Säuglingssterberaten war auch in Korea und Luxemburg zu beobachten. Langsamer war der Rückgang der Säuglingssterblichkeit indessen in den Niederlanden und den Vereinigten Staaten. Die Säuglingssterberaten in den Vereinigten Staaten bewegten sich zuvor weit unter dem OECD-Durchschnitt (und -Median), liegen nun aber darüber (Abbildung 1.8.3).

In zahlreichen Studien wurden die Säuglingssterberaten als Messgröße für die Gesundheitsergebnisse verwendet, um den Effekt einer Vielzahl medizinischer und nichtmedizinischer Bestimmungsfaktoren für die Gesundheit zu untersuchen (z.B. Joumard *et al.*, 2008). Obwohl die meisten Analysen einen insgesamt negativen Zusammenhang zwischen Säuglingssterblichkeit und Gesundheitsausgaben aufzeigen, hat die Tatsache, dass einige Länder mit hohen Gesundheitsausgaben nicht unbedingt eine niedrige Säuglingssterblichkeit aufweisen, einige Forscher zu der Schlussfolgerung veranlasst, dass es zur Erzielung besserer Ergebnisse nicht zwangsläufig einer Steigerung der Gesundheitsausgaben bedarf (Retzlaff-Roberts *et al.*, 2004). Eine Reihe von Forschungsarbeiten deutet ferner darauf hin, dass neben der Qualität und Effizienz der Gesundheitssysteme viele andere Faktoren, wie Einkommensungleichheit, soziales Umfeld sowie individuelle Lebensformen und Verhaltensweisen, die Säuglingssterberaten beeinflussen (Kiely *et al.*, 1995).

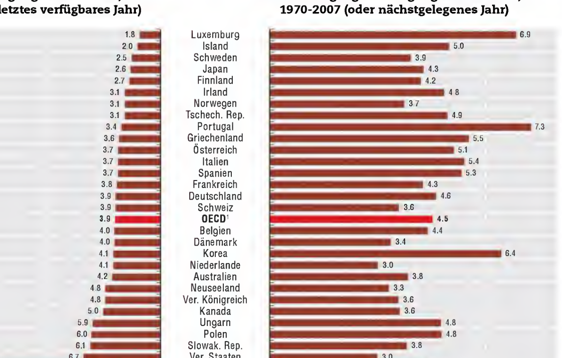
Definition und Abweichungen

Die Säuglingssterblichkeit ist definitionsgemäß die Zahl der Todesfälle bei Kindern unter einem Lebensjahr, die in einem gegebenen Jahr je 1 000 Lebendgeburten auftreten. Die neonatale Mortalität bezieht sich auf den Tod von Kindern unter 28 Tagen.

Ein Teil der im internationalen Vergleich festzustellenden Abweichungen bei den Säuglings- und neonatalen Sterberaten ist u.U. darauf zurückzuführen, dass zwischen den Ländern Unterschiede bei der Erfassung von Frühgeburten bestehen. In den meisten Ländern sind keine an der Schwangerschaftsdauer oder dem Geburtsgewicht ausgerichtete Grenzwerte für die Meldung von Sterbefällen vorgesehen. Solche Mindestwerte gelten allerdings in Norwegen (für die Erfassung als Todesfall nach einer Lebendgeburt muss die Schwangerschaftsdauer mehr als 12 Wochen betragen haben) sowie in der Tschechischen Republik, Frankreich, den Niederlanden und Polen, wo sich die Schwangerschaftsdauer auf mindestens 22 Wochen und/oder das Gewicht auf mindestens 500 g belaufen muss.

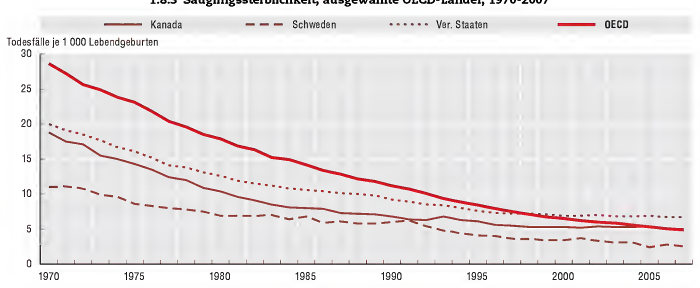
1.8.1 Säuglingssterblichkeit, 2007 (oder letztes verfügbares Jahr)

1.8.2 Rückgang der Säuglingssterblichkeit, 1970-2007 (oder nächstgelegenes Jahr)



1. Wegen ihrer hohen Werte sind Mexiko und die Türkei im OECD-Durchschnitt nicht berücksichtigt.

1.8.3 Säuglingssterblichkeit, ausgewählte OECD-Länder, 1970-2007



Quelle: *OECD-Gesundheitsdaten 2009.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/803040502031

1.9. Säuglingsgesundheit: Niedriges Geburtsgewicht

Ein niedriges Geburtsgewicht – hier definiert als ein Neugeborenengewicht von unter 2 500 Gramm – ist ein wichtiger Indikator für die Säuglingsgesundheit, da zwischen Geburtsgewicht und Säuglingsmorbidität bzw. -mortalität ein enger Zusammenhang besteht. Es gibt zwei Kategorien untergewichtiger Neugeborener, solche, die auf Grund eines verlangsamten fetalen Wachstums ein niedriges Gewicht aufweisen, und Frühgeburten. Bei Säuglingen mit niedrigem Geburtsgewicht ist die Gefahr von Gesundheitsschäden bzw. das Sterberisiko größer, sie müssen nach der Geburt für längere Zeit im Krankenhaus bleiben und entwickeln mit höherer Wahrscheinlichkeit schwere Behinderungen (UNICEF und WHO, 2004). Mögliche Risikofaktoren für ein niedriges Geburtsgewicht sind gegeben, wenn sich die Mutter noch in der Adoleszenz befindet, zuvor bereits Kinder mit geringem Geburtsgewicht zur Welt gebracht hat oder einen geringen Körpermassenindex (BMI) aufweist, sowie im Fall von schädlichen Verhaltensweisen wie Rauchen, übermäßigem Alkoholkonsum und schlechter Ernährung, bei einem niedrigen sozioökonomischen Status der Eltern oder bei Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minderheit sowie bei Fruchtbarkeitsbehandlungen (IHE, 2008).

Im Jahr 2007 war der Anteil der Neugeborenen mit niedrigem Geburtsgewicht in den nordischen Ländern Island, Schweden und Finnland mit weniger als 4,5% am geringsten. Die Türkei, Japan, Griechenland, die Vereinigten Staaten und Ungarn sind am anderen Ende der Skala angesiedelt, wo der Anteil der Neugeborenen mit niedrigem Geburtsgewicht 8% überschreitet (Abbildung 1.9.1). Der OECD-Durchschnitt liegt im Vergleich dazu bei 6,8%.

Seit 1980 ist die Zahl der Neugeborenen mit niedrigem Geburtsgewicht in einer Reihe von OECD-Ländern gestiegen (Abbildung 1.9.2). Für diesen Anstieg gibt es mehrere Gründe. Erstens ist die Zahl der Mehrlingsgeburten, mit denen das Risiko von Frühgeburten und niedrigem Geburtsgewicht zunimmt, z.T. infolge der Zunahme von Fruchtbarkeitsbehandlungen, stetig gestiegen. Zu den anderen Faktoren, die den Anstieg der Zahl der Neugeborenen mit niedrigem Geburtsgewicht beeinflusst haben könnten, zählen ein höheres Schwangerschaftsalter und ein verstärkter Rückgriff auf geburtshilfliche Techniken wie Geburtseinleitung und Kaiserschnitt.

Japan, Portugal und Spanien, die früher zu den Ländern mit einem geringen Anteil an Fällen von niedrigem Geburtsgewicht zählten, verzeichneten in den letzten 25 Jahren eine starke Zunahme. Dies hatte zur Folge, dass der Anteil der Neugeborenen mit niedrigem Geburtsgewicht in diesen Ländern nun über dem OECD-Durchschnitt liegt (Abbildung 1.9.3). Im Fall Japans wird eine Reihe von Risikofaktoren als Grund hierfür angeführt, namentlich der seit den 1970er Jahren wachsende Anteil der Raucherinnen unter den jungen Frauen sowie der deutliche Trend zu einer späteren Mutterschaft (Ohmi *et al.*, 2001). Trotz der Zunahme der Zahl der Fälle von niedrigem Geburtsgewicht war die medizinische Neugeborenenversorgung in Japan besonders erfolgreich bei der Verringerung der Säuglingssterblichkeit.

Abbildung 1.9.4 zeigt eine gewisse Korrelation zwischen dem Prozentsatz an Neugeborenen mit niedrigem Geburtsgewicht und den Säuglingssterberaten. In der Regel verzeichnen Länder mit einem geringen Anteil an Fällen von niedrigem Geburtsgewicht auch verhältnismäßig niedrige Säuglingssterberaten. Das trifft beispielsweise auf die nordischen Länder zu. Japan stellt indessen eine Ausnahme dar, mit dem höchsten Anteil an untergewichtigen Neugeborenen, aber einer der niedrigsten Säuglingssterberaten.

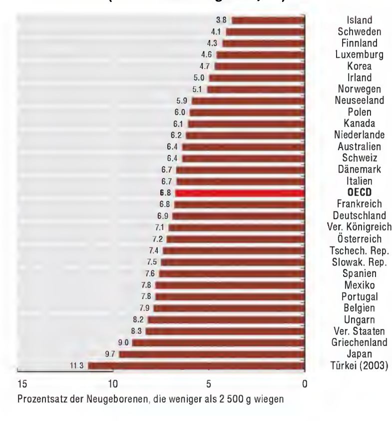
Vergleiche unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen innerhalb der Länder legen den Schluss nahe, dass der Anteil an Neugeborenen mit niedrigem Gewicht auch durch Unterschiede in Bezug auf Bildung, Einkommen und den damit einhergehenden Lebensumständen beeinflusst wird. In den Vereinigten Staaten wurden zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen erhebliche Unterschiede beim Anteil der Fälle von niedrigem Geburtsgewicht beobachtet, wobei dieser Anteil bei schwarzen Neugeborenen fast doppelt so hoch ist wie bei weißen (CDC, 2009a). Auch zwischen der indigenen und der übrigen Bevölkerung in Australien (Laws und Hilder, 2008) und in Mexiko sind ähnliche Unterschiede beobachtet worden, die auf die ungünstigen Lebensbedingungen vieler Mütter zurückzuführen sind, die benachteiligten Gruppen angehören.

Definition und Abweichungen

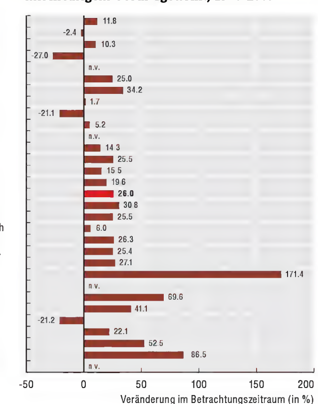
Von einem niedrigen Geburtsgewicht wird laut der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gesprochen, wenn das Gewicht eines Säuglings bei der Geburt, unabhängig von der Dauer der Schwangerschaft, unter 2 500 Gramm liegt. Dieser Grenzwert basiert auf epidemiologischen Untersuchungen zum erhöhten Sterberisiko bei Säuglingen und dient dem internationalen Vergleich von Gesundheitsstatistiken. Die Zahl der Neugeborenen mit niedrigem Gewicht wird in Prozent der Gesamtzahl der Lebendgeburten ausgedrückt.

Die Mehrzahl der Daten ist Geburtsregistern entnommen; die Daten für Mexiko beruhen jedoch auf einer nationalen Gesundheitsumfrage. Eine kleine Gruppe von Ländern übermittelt nur Daten für ausgewählte Regionen oder nur für den Krankenhaussektor.

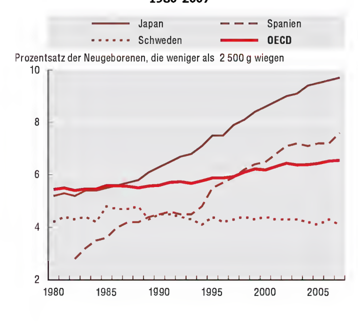
1.9.1 Säuglinge mit niedrigem Geburtsgewicht, 2007 (oder letztes verfügbares Jahr)



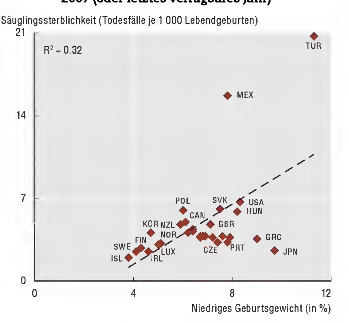
1.9.2 Veränderung des Anteils der Neugeborenen mit niedrigem Geburtsgewicht, 1980-2007



1.9.3 Neugeborene mit niedrigem Geburtsgewicht – Trendentwicklung, ausgewählte OECD-Länder, 1980-2007



1.9.4 Niedriges Geburtsgewicht und Säuglingssterblichkeit, 2007 (oder letztes verfügbares Jahr)



Quelle: *OECD-Gesundheitsdaten 2009.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/803055057476

1.10. Zahngesundheit bei Kindern

Zahnprobleme, meistens in Form von Karies (Zahnverfall) und Parodontose (Zahnfleischschwund) sind in den Industrieländern weit verbreitet und betreffen 60-90% der Schulkinder und die große Mehrzahl der Erwachsenen (WHO, 2003). Menschen mit einer schlechten oralen Gesundheit können unter Schmerzen und Beschwerden, funktionalen Einschränkungen, niedrigem Selbstwertgefühl und einer allgemeinen Unzufriedenheit mit ihrem Äußeren leiden. Zahn- und sonstige Mundkrankheiten stellen daher ein großes öffentliches Gesundheitsproblem dar. Zahnerkrankungen hängen in starkem Maße mit bestimmten Lebensgewohnheiten, z.B. einer zuckerreichen Ernährung, zusammen, werden aber auch durch den Einsatz bzw. Nichteinsatz vorbeugender Schutzmaßnahmen wie Fluoridanwendungen und einer guten Mundhygiene beeinflusst. Benachteiligte und sozial ausgegrenzte Bevölkerungsgruppen sind von Zahnerkrankungen übermäßig stark betroffen (WHO, 2003), und Kinder sind besonders anfällig. In den Industrieländern sind Zahnbehandlungen oft kostspielig, wenngleich viele Länder für Kinder und Jugendliche unentgeltliche oder bezuschusste zahnärztliche Leistungen anbieten (vgl. auch Indikator 6.6 „Ungleichheiten in Bezug auf Zahnarztkonsultationen“).

In Deutschland, im Vereinigten Königreich, in Dänemark, Luxemburg, den Niederlanden und der Schweiz lag die durchschnittliche Zahl der kariösen (D), fehlenden (M) oder gefüllten (F) bleibenden Zähne (T) bei 12-Jährigen im Jahr 2006 bzw. dem nächstgelegenen verfügbaren Jahr unter 1 (DMFT-Index) (Abbildung 1.10.1). Kinder in Polen und Ungarn hatten indessen einen DMFT-Indexwert von mindestens 3. In den meisten OECD-Ländern lag der DMFT-Wert von 12-Jährigen auf sehr niedrigem bis niedrigem Niveau, d.h. zwischen 1 und 2.

In den vergangenen 25 Jahren ist der DMFT-Index im OECD-Durchschnitt, bezogen auf eine konsistente Ländergruppe, für die längere Zeitreihen vorliegen, deutlich zurückgegangen, und zwar von 4,7 im Jahr 1980 auf 2,7 im Jahr 1990 und 1,5 im Jahr 2006 (Abbildung 1.10.3). In diesem Zeitraum verzeichneten mit Ausnahme eines Landes (Polen) alle OECD-Länder, für die Daten verfügbar sind, eine Verringerung der DMFT-Werte um mindestens 50% (Abbildung 1.10.2), was einen großen Fortschritt für die öffentliche Gesundheit darstellt. Fast allen OECD-Ländern ist es gelungen, das von der Weltgesundheitsorganisation angestrebte Ziel eines DMFT-Werts von unter 3 bis zum Jahr 2000 zu erreichen (WHO, 2003). In einigen Ländern, wie Australien, Österreich und den Vereinigten Staaten, besteht jedoch Anlass zu Besorgnis, da sich der Rückgang der DMFT-Werte dort in den letzten Jahren verlangsamt hat bzw. diese Werte sogar gestiegen sind.

Der Rückgang von Karies und sonstigen Zahnproblemen wurde durch zahlreiche öffentliche Gesundheitsmaßnahmen, wie die Fluorierung von Trinkwasser in den Gemeinden, erzielt, wobei auch sich wandelnde Lebensbedingungen, ein effizienteres Gesundheitsmanagement und eine bessere Mundhygiene positiv zum Tragen kamen. Im Bereich der Zahnmedizin und der Mundgesundheit vollzieht sich eine Entwicklung hin zur Vorbeugung und zu Behandlungsverfahren mit minimal invasiven Eingriffen, was auch bedeutet, dass die nationalen Strategien in breiter angelegte Programme zur Verhütung chronischer Krankheiten eingebunden und mit allgemeineren Zielen der Gesundheitsförderung verknüpft wurden, da die Risiken hier jeweils miteinander verbunden sind (Europäische Kommission, 2008b; Petersen, 2008). Dieser „Common risk factor approach“ bietet insofern einen großen Vorteil, als er sowohl auf die Verbesserung der Gesundheit der Gesamtbevölkerung als auch von Risikogruppen ausgerichtet ist.

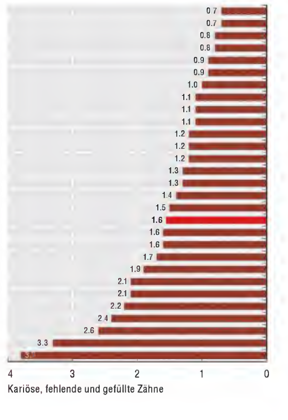
Abbildung 1.10.4 zeigt kaum einen Zusammenhang zwischen den DMFT-Werten von Kindern und der Zahl der Zahnärzte je Einwohner. Es gibt erhebliche Unterschiede bei den DMFT-Indexwerten zwischen Ländern mit derselben Zahl von Zahnärzten je Einwohner, was darauf hindeutet, dass neben dem Angebot an Zahnärzten noch zahlreiche andere Faktoren die Zahngesundheit beeinflussen.

Definition und Abweichungen

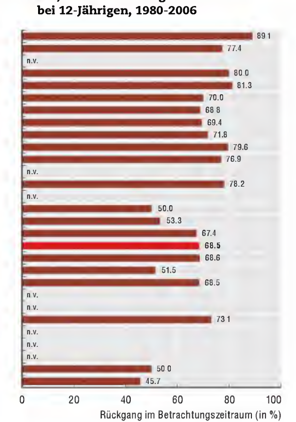
Ein häufig herangezogener Maßstab für die Zahngesundheit ist der DMFT-Index. Er misst die Anzahl der von Karies befallenen Zähne einzelner Personen unter Zugrundelegung der Anzahl der akut kariösen (D), wegen Karies fehlenden (M) oder gefüllten (F) bleibenden Zähne. Die Summe dieser drei Faktoren bildet den DMFT-Index. Hier beziehen sich die Daten auf 12-jährige Kinder. Ein DMFT-Indexwert von weniger als 1,2 wird als sehr niedrig, ein Wert von 1,2-2,6 als niedrig, von 2,7-4,4 als mäßig und von über 4,5 als hoch eingestuft.

Norwegen verwendet einen MFT-Index, bei dem die kariösen Zähne unberücksichtigt bleiben, und Schweden einen DFT-Index, in den die Zahl der fehlenden Zähne nicht einbezogen ist. Das Durchschnittsalter der in Neuseeland untersuchten Kinder könnte etwas über 12 Jahre liegen, da die Untersuchungen bei Schülerinnen und Schülern der 8. Klasse durchgeführt werden. Bei den Daten für Belgien und die Schweiz handelt es sich um regionale Daten.

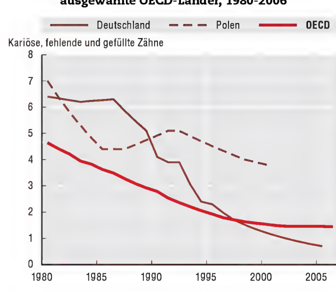
1.10.1 Durchschnittliche Zahl der kariösen, fehlenden oder gefüllten Zähne bei 12-Jährigen, 2006 (oder letztes verfügbares Jahr)



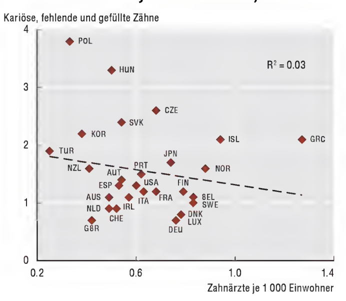
1.10.2 Rückgang der durchschnittlichen Zahl der kariösen, fehlenden oder gefüllten Zähne bei 12-Jährigen, 1980-2006



1.10.3 Durchschnittliche Zahl der kariösen, fehlenden oder gefüllten Zähne bei 12-Jährigen, ausgewählte OECD-Länder, 1980-2006



1.10.4 Durchschnittliche Zahl der kariösen, fehlenden oder gefüllten Zähne bei 12-Jährigen und Zahnärzte je 1 000 Einwohner, 2006



Quelle: *OECD-Gesundheitsdaten 2009.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/803055415854

1.11. Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands

Die meisten OECD-Länder führen regelmäßig Gesundheitsumfragen durch, in denen sich die Befragten zu bestimmten Aspekten ihres Gesundheitszustands äußern können. Eine häufig gestellte Frage bezieht sich auf die Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands und lautet in etwa: „Wie beurteilen Sie Ihren allgemeinen Gesundheitszustand?" Trotz des subjektiven Charakters solcher Fragen haben sich Indikatoren der Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands als guter Prädiktor für die künftige Inanspruchnahme des Gesundheitssystems und die Mortalität erwiesen (vgl. beispielsweise Miilunpalo *et al.*, 1997). Bei internationalen Vergleichen lassen sich Unterschiede zwischen den Ländern bei der Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands indessen nur schwer interpretieren, da die Angaben durch Unterschiede in der Formulierung der Fragen und den Antwortkategorien wie auch durch kulturelle Faktoren beeinflusst werden können.

Unter Berücksichtigung dieser Einschränkungen ist festzustellen, dass in der Hälfte der 30 OECD-Länder mindestens drei Viertel der Erwachsenenbevölkerung ihren Gesundheitszustand als gut, sehr gut oder ausgezeichnet beurteilen (Abbildung 1.11.1). Neuseeland, Kanada und die Vereinigten Staaten sind die drei Länder mit dem höchsten Prozentsatz an Personen, die ihren eigenen Gesundheitszustand als gut oder sehr gut einstufen, hier sind laut eigenen Angaben etwa neun von zehn Personen bei guter Gesundheit. Allerdings unterscheiden sich die in den Umfragen in diesen drei Ländern vorgesehenen Antwortkategorien von denen, die in den europäischen und den asiatischen OECD-Ländern verwendet werden, was eine Verzerrung der Ergebnisse nach oben zur Folge hat (vgl. „Definition und Abweichungen").

In Spanien und Finnland stufen etwa zwei Drittel der Erwachsenenbevölkerung ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut ein. Am unteren Ende der Skala, in Japan, der Slowakischen Republik, Portugal, Ungarn und Korea, beurteilt weniger als die Hälfte der Erwachsenenbevölkerung ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut.

Eine nähere Betrachtung der innerhalb der Länder bestehenden Unterschiede ergibt, dass Männer im Vergleich zu Frauen ihren Gesundheitszustand in der Mehrzahl der Länder – und vor allem in Ungarn, Korea, Portugal, Spanien und der Türkei – mit größerer Wahrscheinlichkeit mindestens als gut einstufen (Abbildung 1.11.2). Nur in Australien, Neuseeland und Finnland sind es die Frauen, die ihren Gesundheitszustand häufiger mindestens als gut einstufen. Es überrascht auch nicht, dass die Befragten ihren eigenen Gesundheitszustand mit zunehmendem Alter generell weniger positiv einschätzen. In vielen Ländern ist eine besonders deutliche Abnahme des Anteils der Personen mit positiver Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands ab dem Alter von 45 Jahren festzustellen, auf die ein weiterer deutlicher Rückgang im Alter von 65 Jahren folgt. In allen OECD-Ländern stufen Personen mit niedrigerem Bildungs- oder Einkommensniveau ihren Gesundheitszustand weniger positiv ein als Personen mit höherem Bildungs- bzw. Einkommensniveau (Mackenbach *et al.*, 2008).

Der Prozentsatz der Erwachsenenbevölkerung, der seinen Gesundheitszustand als gut oder sehr gut einstuft, ist in den vergangenen 25 Jahren in den meisten Ländern, für die Langzeitreihen zur Verfügung stehen, weitgehend stabil geblieben, wenngleich in einigen Ländern, z.B. in Japan, Veränderungen festzustellen waren (Abbildung 1.11.3). Dies gilt im Allgemeinen auch für die Gruppe der Personen ab 65 Jahre. Eine mögliche Erklärung für die relative Stabilität des Indikators der Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands könnte in der verwendeten Messtechnik zu sehen sein, die auf einer beschränkten Variablen fußt (d.h. die Befragten werden aufgefordert, ihren Gesundheitszustand auf einer Fünfpunkteskala einzustufen, die im Zeitverlauf unverändert bleibt), wohingegen die Lebenserwartung ohne derartige Begrenzungen gemessen wird. Eine weitere mögliche Erklärung wäre, dass die Menschen in den betreffenden Ländern heute zwar länger leben, dabei aber nicht zwangsläufig gesünder sind.

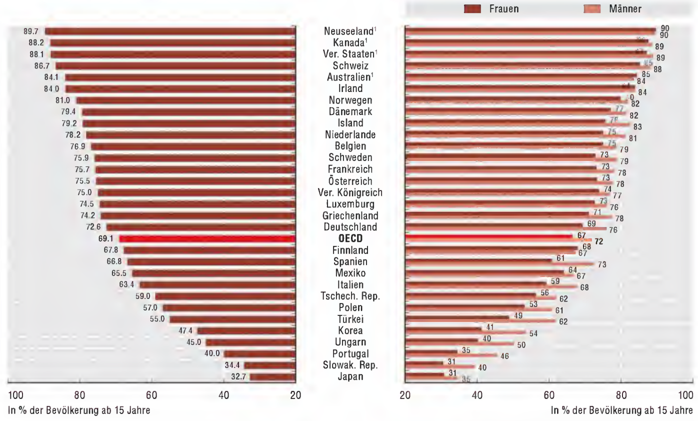
Definition und Abweichungen

Die Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands gibt Aufschluss über den subjektiven Gesamteindruck des Einzelnen von seinem Gesundheitszustand, worin sich physische und psychologische Aspekte aller Art widerspiegeln können. In der Regel wird den Teilnehmern eine in etwa folgendermaßen formulierte Frage gestellt: „Wie beurteilen Sie Ihren allgemeinen Gesundheitszustand? Sehr gut, gut, mittelmäßig, schlecht, sehr schlecht". Die Angaben in den OECD-Gesundheitsdaten beziehen sich auf den kombinierten Anteil der Personen, die ihren Gesundheitszustand als „gut" oder „sehr gut" bezeichnen.

Bei länderübergreifenden Vergleichen der Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands ist aus mindestens zwei Gründen Vorsicht geboten. Erstens sind die Einschätzungen des eigenen Gesundheitszustands subjektiv und können durch gewisse Faktoren beeinflusst werden wie beispielsweise den kulturellen Hintergrund oder nationale Merkmale. Zweitens gibt es Unterschiede in den Frage- und Antwortkategorien, die zur Messung der Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands in den einzelnen Erhebungen/Ländern Anwendung finden. Insbesondere wird in den Vereinigten Staaten, Kanada, Neuseeland und Australien eine *asymmetrische* Antwortskala mit den Kategorien „ausgezeichnet", „sehr gut", „gut", „mittelmäßig", „schlecht" verwendet, bei der die positiven Antwortmöglichkeiten gegenüber den negativen überwiegen. Die in den OECD-Gesundheitsdaten erfassten Angaben beziehen sich hier auf die Zahl der Personen, die eine der drei positiven Antworten angekreuzt haben („ausgezeichnet", „sehr gut" oder „gut"). In den meisten anderen OECD-Ländern ist die Antwortskala indessen *symmetrisch*, mit den Antwortkategorien: „sehr gut", „gut", „mittelmäßig", „schlecht", „sehr schlecht". Die für diese Länder angegebenen Daten beziehen sich nur auf die ersten beiden Kategorien („sehr gut", „gut"). Dieser Unterschied bei den Antwortkategorien führt zu einer Verzerrung nach oben der Ergebnisse der Länder mit asymmetrischer Skala.

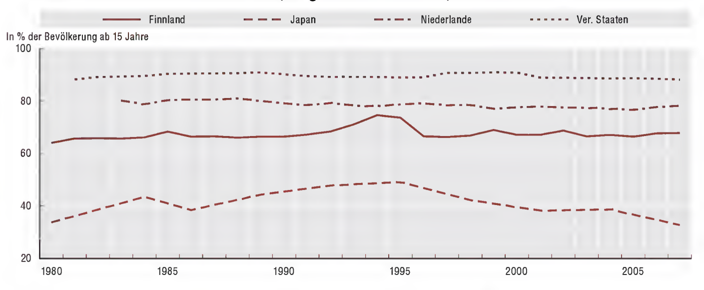
1.11.1 Prozentsatz der Erwachsenen, die laut eigenen Angaben bei guter Gesundheit sind, Frauen und Männer insgesamt, 2007 (oder letztes verfügbares Jahr)

1.11.2 Geschlechterunterschiede bei Prozentsatz der Erwachsenen, die laut eigenen Angaben bei guter Gesundheit sind, 2007 (oder letztes verfügbares Jahr)



1. Die Ergebnisse für diese Länder sind auf Grund methodologischer Unterschiede im Erhebungsfragebogen (die zu einer Verzerrung nach oben führen) nicht mit denen der anderen Länder vergleichbar.

1.11.3 Tendenzielle Entwicklung des Prozentsatzes der Erwachsenen, die laut eigenen Angaben bei guter Gesundheit sind, ausgewählte OECD-Länder, 1980-2007



Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2009.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/803127603642

1.12. Diabetes-Prävalenz und -Inzidenz

Diabetes ist eine chronische Stoffwechselkrankheit, die durch eine Erhöhung des Blutzuckerspiegels gekennzeichnet ist. Sie tritt auf, wenn die Bauchspeicheldrüse die Insulinproduktion einstellt (Diabetes Typ 1) oder wenn die Insulinproduktionsfähigkeit der Bauchspeicheldrüse eingeschränkt und der Körper zugleich gegenüber der Wirkung des Insulins resistent ist (Diabetes Typ 2). Diabetiker haben ein erhöhtes Risiko, Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu entwickeln (Herzanfall, Schlaganfall), wenn ihr Leiden nicht durch Diagnose erkannt oder nicht ausreichend überwacht wird. Sie haben zudem ein erhöhtes Risiko des Sehkraftverlustes, von Fuß- und Beinamputationen infolge von Schädigungen der Nerven und Blutgefäße sowie von Nierenversagen, in welchem Fall Dialysen oder Transplantationen erforderlich werden.

Diabetes war 2007 in den OECD-Ländern die Hauptursache für den Tod von über 300 000 Personen und rangiert in den meisten Industrieländern an vierter oder fünfter Stelle der häufigsten Todesursachen. Doch nur eine Minderheit der an Diabetes leidenden Personen stirbt an Krankheiten, die allein hierdurch bedingt sind: Etwa 50% der Diabetiker sterben an Herz-Kreislauf-Erkrankungen und 10-20% an Nierenversagen (IDF, 2006).

Die Zahl der Diabetesfälle nimmt in allen Teilen der Welt rasch zu, so dass ihre Verbreitung inzwischen epidemische Ausmaße erreicht hat. Schätzungen legen nahe, dass in den OECD-Ländern im Jahr 2010 über 6% der Bevölkerung im Alter von 20-79 Jahren bzw. 83 Millionen Menschen an Diabetes leiden werden. Nahezu die Hälfte der erwachsenen Diabetiker sind unter 60 Jahre alt. Wird diese Entwicklung nicht unter Kontrolle gebracht, so wird die Zahl der Diabetiker in den OECD-Ländern in weniger als 20 Jahren nahezu 100 Millionen erreichen (IDF, 2006).

In Island, Norwegen und im Vereinigten Königreich werden der Internationalen Diabetes-Föderation (IDF) zufolge 2010 weniger als 5% der Erwachsenen im Alter von 20-79 Jahren Diabetes haben. Dies kontrastiert mit Mexiko und den Vereinigten Staaten, wo über 10% der Bevölkerung im selben Alter von Diabetes betroffen sein werden (Abbildung 1.12.1). In den meisten OECD-Ländern liegt der Anteil bei 5-9% der Erwachsenenbevölkerung.

Bei nur 10-15% aller Diabetesfälle handelt es sich um Diabetes Typ 1. Dies ist die Diabetesart, die in den meisten Industrieländern in jüngeren Altersgruppen vorherrschend ist. Auf der Basis von Krankheitsstatistiken und aktuellen Studien liegt die Zahl der jährlich neu an Diabetes Typ 1 erkrankenden Kinder unter 15 Jahren in den nordischen Ländern (Finnland, Schweden und Norwegen) mit 25 oder mehr je 100 000 Einwohner auf hohem Niveau (Abbildung 1.12.2). In Korea, Mexiko, Japan und der Türkei beträgt die Zahl der neuen Fälle je 100 000 Einwohner weniger als fünf. Alarmierend sind Untersuchungsergebnisse, denen zufolge das Alter sinkt, in dem Kinder Diabetes Typ 1 entwickeln (IDF, 2006).

Die wirtschaftlichen Auswirkungen von Diabetes sind ganz erheblich. Die Ausgaben für die Behandlung und Prävention von Diabetes und ihrer Komplikationen beliefen sich 2007 in den OECD-Ländern Schätzungen zufolge auf 212 Mrd. US-$ (IDF, 2006). Allein in den Vereinigten Staaten wurden 2007 etwa 116 Mrd. US-$ für die Behandlung von Diabetes und ihren Folgekrankheiten sowie zusätzlich entstehende allgemeine Kosten ärztlicher Versorgung ausgegeben (ADA, 2008). In Australien entfielen auf die direkten Gesundheitsausgaben für Diabetes 2004-05 nahezu 2% der laufenden Gesundheitsausgaben (AIHW, 2008d). Rund ein Viertel der diabetesbezogenen Gesundheitsausgaben wird für die Kontrolle überhöhter Blutzuckerwerte, ein weiteres Viertel für die Behandlung langfristiger Komplikationen von Diabetes und der Rest für zusätzliche Leistungen allgemeiner ärztlicher Versorgung aufgewendet (IDF, 2006). Angesichts der steigenden Kosten erhöht sich die Notwendigkeit, eine qualitativ hochwertige Behandlung von Diabetes und ihren Folgekrankheiten zu gewährleisten (vgl. Indikator 5.2 „Vermeidbare Hospitalisierungen: Komplikationen bei Diabetes“).

Diabetes Typ 2 ist großenteils vermeidbar. Eine Reihe von Risikofaktoren, wie beispielsweise Übergewicht, Fettleibigkeit und mangelnde körperliche Bewegung, sind beeinflussbar, was zudem mit Diabetes verbundene Komplikationen verringern hilft. In den meisten Ländern sind aber auch die Prävalenz und Inzidenz von Übergewicht und Fettleibigkeit weiter im Steigen begriffen (vgl. Indikator 2.7 „Übergewicht und Fettleibigkeit von Erwachsenen“).

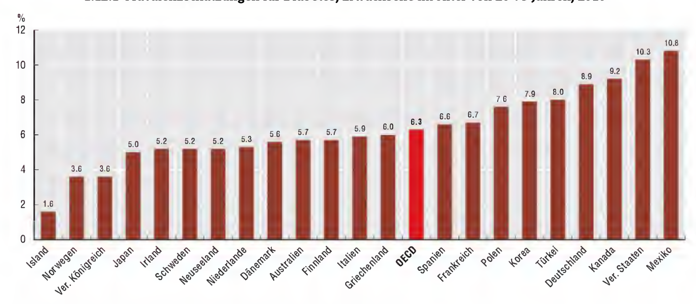
Definition und Abweichungen

Die von der Internationalen Diabetes-Föderation (IDF) für die Veröffentlichung nationaler Schätzungen über Prävalenz und Inzidenz von Diabetes verwendeten Quellen und Verfahren sind in deren *Diabetes Atlas* (IDF, 2009, 4. Ausgabe) wiedergegeben. Länderspezifische Daten wurden zwischen 1980 und Februar 2009 durchgeführten Studien entnommen und nur berücksichtigt, wenn sie mehrere Verlässlichkeitskriterien erfüllten.

Die von einigen OECD-Ländern – Frankreich, Italien, Kanada, den Niederlanden, Norwegen und dem Vereinigten Königreich – durchgeführten Studien enthalten lediglich auf Eigenangaben der Befragten basierende Daten über Diabetes. Um nicht diagnostizierten Diabetesfällen Rechnung zu tragen, wurde die Prävalenz von Diabetes für Kanada (auf der Basis von in den Vereinigten Staaten gewonnenen Erkenntnissen) und für das Vereinigte Königreich (auf Grundlage lokaler Empfehlungen) mit einem Faktor von 1,5 multipliziert; für die anderen Länder wurde auf der Grundlage von Daten aus mehreren Ländern ein Faktor von 2 angewandt.

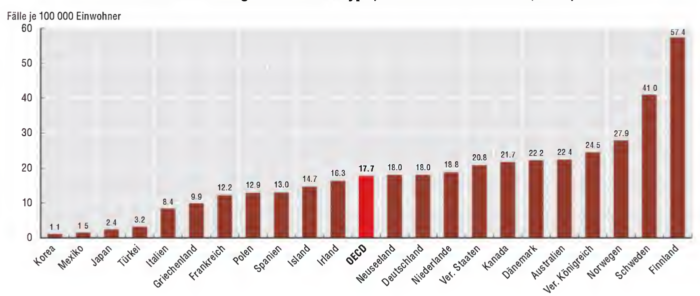
Die Prävalenzraten wurden anhand der Standardweltbevölkerung angepasst, um den internationalen Vergleich zu erleichtern.

1.12.1 Prävalenzschätzungen für Diabetes, Erwachsene im Alter von 20-79 Jahren, 2010



Anmerkung: Altersstandardisierte Daten auf Basis der Weltstandardbevölkerung.

1.12.2 Inzidenzschätzungen für Diabetes Typ 1, Kinder im Alter von 0-14 Jahren, 2010



Quelle: IDF (2009).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/803130856772

1.13. HIV/AIDS-Inzidenz

Die ersten Fälle von AIDS (Erworbenes Immundefektsyndrom) wurden vor fast 30 Jahren diagnostiziert. AIDS wird im Allgemeinen durch eine HIV-(Human-Immundefektvirus)Infektion ausgelöst und äußert sich in einer Vielzahl unterschiedlicher Krankheiten wie Lungenentzündung und Tuberkulose, da das Immunsystem den Körper nicht mehr schützen kann. Zwischen der HIV-Infektion, der AIDS-Diagnose und dem durch eine HIV-Infektion bedingten Tod liegt eine Zeitspanne, die sich über eine unbestimmte Anzahl von Jahren erstrecken kann und von der Art der therapeutischen Behandlung abhängt. Trotz der weltweiten Forschung gibt es bisher noch kein Heilmittel.

2006 lag die Zahl der neu gemeldeten AIDS-Fälle im OECD-Raum insgesamt bei etwa 45 000, was einer ungewichteten durchschnittlichen Inzidenzrate von 16,2 je Million Einwohner entspricht (Abbildung 1.13.1). Seit der Meldung der ersten AIDS-Erkrankungen Anfang der 1980er Jahre ist die Zahl der Fälle rasch gestiegen und hatte in den OECD-Ländern in der ersten Hälfte der 1990er Jahre mit durchschnittlich mehr als 45 Neuerkrankungen je Million Einwohner, d.h. mit einer nahezu um das Dreifache höheren Rate, einen Höchststand erreicht (Abbildung 1.13.2). Öffentliche Aufklärungskampagnen trugen zum stetigen Rückgang der gemeldeten AIDS-Fälle in der zweiten Hälfte der 1990er Jahre bei. Außerdem hat die Entwicklung und stärkere Verfügbarkeit antiretroviraler Medikamente, die das Fortschreiten der Krankheit bremsen oder stoppen, zu einem drastischen Rückgang der AIDS-Inzidenz zwischen 1996 und 1997 geführt.

Unter den OECD-Ländern weisen die Vereinigten Staaten konstant die höchste AIDS-Inzidenzrate auf, obgleich diesbezüglich festgehalten werden muss, dass die Definitionen für die Meldung von AIDS-Fällen 1993 erweitert wurden und seither von der in Europa und anderen OECD-Ländern verwendeten Definition abweichen. Die Neudefinition erklärt auch den starken Anstieg der Zahl der AIDS-Fälle in den Vereinigten Staaten im Jahr 1993 (Abbildung 1.13.2). In Europa wies Spanien in den ersten zehn Jahren nach dem Ausbruch der Krankheit die höchsten Inzidenzraten auf, wenngleich seit 1994 ein drastischer Rückgang beobachtet wird, so dass Portugal derzeit das Land mit der höchsten Inzidenzrate unter den europäischen Ländern ist. Mitteleuropäische Länder, wie die Tschechische Republik und die Slowakische Republik sowie Ungarn, verzeichnen zusammen mit der Türkei, Korea und Japan unter den OECD-Ländern die niedrigsten Inzidenzraten.

In den Vereinigten Staaten leben heute über eine Million Menschen mit HIV/AIDS, darunter über 450 000 mit AIDS (CDC, 2008). Fast drei Viertel der neu diagnostizierten AIDS-Fälle waren 2006 Männer, und rassische und ethnische Minderheiten sind weiterhin unverhältnismäßig stark von der AIDS-Epidemie betroffen. In Kanada sind die Ureinwohner überrepräsentiert. In den meisten OECD-Ländern ist der größte Risikofaktor für eine HIV-Infektion der ungeschützte Geschlechtsverkehr unter Männern. Etwa 75% der heterosexuell übertragenen HIV-Infektionen in West- und Mitteleuropa betreffen Migranten.

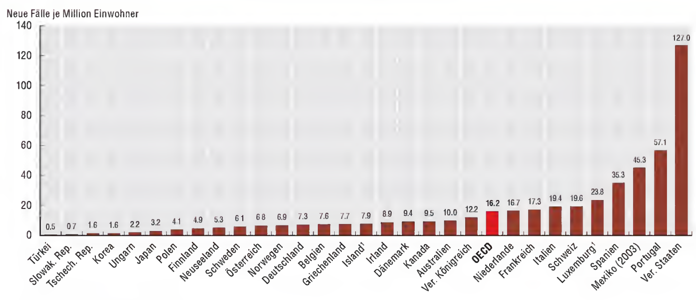
In den letzten Jahren hat sich der Gesamtrückgang der Zahl der AIDS-Fälle verlangsamt. Diese Verlangsamung ging mit einem nachweislichen Anstieg der Zahl der HIV-Neuinfektionen in mehreren europäischen Ländern einher (ECDC und WHO, 2008), eine Entwicklung, die auf ein überzogenes Gefühl der Sicherheit hinsichtlich der Wirksamkeit der Behandlungsmöglichkeiten und ein nachlassendes Bewusstsein in der Öffentlichkeit für die durch Drogenkonsum und bestimmte sexuelle Praktiken bedingten Gefahren zurückzuführen ist. Um die AIDS-Inzidenzraten weiter drastisch zu senken, bedarf es intensiverer HIV-Präventionsprogramme, die ganz spezifisch auf jene Personen abzielen und abgestimmt sind, die die höchsten Risiken in Bezug auf eine HIV-Infektion aufweisen (UNAIDS, 2008).

Definition und Abweichungen

Die AIDS-Inzidenzrate wird definiert als die Zahl der Neuerkrankungen je Million Einwohner im Diagnosejahr. Dabei ist zu beachten, dass die Daten für die letzten Jahre auf Grund von Verzögerungen bei der Datenübermittlung vorläufigen Charakter haben. Es kann sich je nach Land in manchen Fällen um mehrere Jahre handeln.

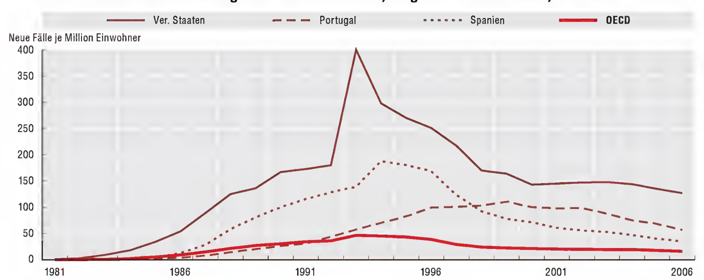
Die Vereinigten Staaten haben ihre Definition der erfassten AIDS-Fälle im Jahr 1993 erweitert, um das Kriterium der Zahl der T-Lymphozyten aufzunehmen. Diese Definitionserweiterung hatte 1993 einen starken Anstieg der Zahl der neuen AIDS-Fälle in den Vereinigten Staaten zur Folge und erklärt einen Teil der zwischen den Vereinigten Staaten und anderen OECD-Ländern derzeit bei der AIDS-Inzidenz bestehenden Unterschiede.

1.13.1 AIDS-Inzidenzraten, 2006



1. Dreijahresdurchschnitt (2004-06).

1.13.2 Trendentwicklung der AIDS-Inzidenzraten, ausgewählte OECD-Länder, 1981-2006



Anmerkung: Die Vereinigten Staaten haben ihre Definition der erfassten AIDS-Fälle im Jahr 1993 erweitert.

Quelle: OECD-*Gesundheitsdaten* 2009. Die Daten für die europäischen Länder stammen aus ECDC und WHO Regional Office for Europe (2008), „HIV/AIDS surveillance in Europe, 2007“.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/803156828260


1
JANUARY



2. NICHTMEDIZINISCHE GESUNDHEITSFAKTOREN

2.1. Tabak- und Alkoholkonsum im Alter von 15 Jahren

Regelmäßiger Tabak- und übermäßiger Alkoholkonsum in der Adoleszenz haben unmittelbare und langfristige Gesundheitsfolgen. Personen, die sich in der frühen Adoleszenz das Rauchen angewöhnen, erhöhen damit ihr Risiko, eine Krankheit des Herz-Kreislauf-Systems und der Atmungsorgane zu entwickeln oder an Krebs zu erkranken. Bei den Betreffenden ist zudem der Wahrscheinlichkeitsgrad höher, dass sie mit Alkohol oder anderen Drogen experimentieren. Alkoholmissbrauch steht wiederum mit einer ganzen Reihe sozialer, körperlicher und psychischer Gesundheitsprobleme in Zusammenhang, insbesondere Depressions- und Angstzuständen, Fettleibigkeit und unfallbedingten Verletzungen (Currie *et al.*, 2008).

Die Ergebnisse der Erhebungen über das Gesundheitsverhalten von Kindern im schulpflichtigen Alter (*Health Behaviour in School-aged Children* – HBSC), einer in den meisten OECD-Ländern durchgeführten Reihe komparativer Studien, ermöglichen eine Beobachtung des Tabak- und Alkoholkonsumverhaltens von Jugendlichen. Im Allgemeinen rauchen Mädchen heute häufiger als Jungen, während sich Jungen häufiger betrinken als Mädchen. Zwischen dem 13. und 15. Lebensjahr erhöht sich die Prävalenz von Tabakkonsum und Alkoholmissbrauch in vielen OECD-Ländern auf das Doppelte.

In Österreich, Finnland, Ungarn, der Tschechischen Republik und Italien rauchen Kinder häufiger, dort liegt der Anteil der wöchentlich rauchenden Jungen und Mädchen bei 20% oder darüber (Abbildung 2.1.1). Dagegen beträgt der Anteil der wöchentlich Tabak konsumierenden 15-Jährigen in den Vereinigten Staaten, Kanada und Schweden 10% oder weniger. In den meisten Ländern sind die Raten bei Mädchen höher als bei Jungen, wobei sich die Differenz aber nur in Spanien und Österreich auf über 5% beläuft. Griechenland, Finnland, Ungarn, Island, Polen und die Slowakische Republik sind die einzigen Länder, wo die Prävalenz des Tabakkonsums bei Jungen höher ist als bei Mädchen.

Der Anteil der 15-Jährigen, die eigenen Angaben zufolge schon mindestens zweimal in ihrem Leben betrunken waren, beträgt in Dänemark, im Vereinigten Königreich und in Finnland 40% oder mehr (Abbildung 2.1.2). Im Durchschnitt aller untersuchten Länder waren 29% der Mädchen und 33% der Jungen schon zwei- oder mehrmals in ihrem Leben betrunken, wobei die Raten in den Vereinigten Staaten und in Mittelmeerländern wie Griechenland, Italien und Portugal allerdings viel niedriger liegen. Jungen geben mit größerer Wahrscheinlichkeit an, wiederholt betrunken gewesen zu sein. Am größten ist der Unterschied in der Schweiz, Belgien, Ungarn und der Slowakischen Republik, wo die Alkoholmissbrauchsraten bei Jungen um 5-10% höher liegen als bei Mädchen. In Polen ist der Unterschied sogar noch größer, wo wiederholte Trunkenheit bei Jungen um über 10% häufiger vorkommt. Norwegen, Spanien, Kanada und das Vereinigte Königreich sind die einzigen Länder, in denen eigenen Angaben zufolge mehr Mädchen wiederholt betrunken waren, wobei der Unterschied in allen Fällen weniger als 5% beträgt.

Abbildung 2.1.3 sind die Unterschiede bei den Tabak- und Alkoholkonsumraten der jüngsten Zeit zwischen 15-jährigen Mädchen und Jungen zu entnehmen. In den Ländern oberhalb der 45°-Linie liegen die Anteile bei Mädchen höher; die Länder unterhalb dieser Linie weisen bei Jungen höhere Raten auf. In Ländern mit hohen Tabakkonsumraten bei Jungen rauchen auch die Mädchen häufiger, und beim Alkoholkonsum ist dieses Muster ebenfalls zu beobachten.

Daten über den Alkoholmissbrauch sind auch für 13-Jährige verfügbar (Currie *et al.*, 2008). In diesem Alter ist im Vereinigten Königreich, in Finnland, Kanada und in der Slowakischen Republik über jedes zehnte Kind schon mehr als zweimal im Leben betrunken gewesen. Hohe Raten wiederholter Trunkenheit sind in dieser Altersgruppe bei Jungen auch in Polen und Ungarn festzustellen. Der stärkste relative Anstieg des Alkoholmissbrauchs zwischen dem Alter von 13 und 15 Jahren ist eigenen Angaben der Betroffenen zufolge in Norwegen, Island und Schweden festzustellen, wobei der Anteil unter den 15-Jährigen in jedem dieser Länder aber immer noch unter dem Durchschnitt liegt.

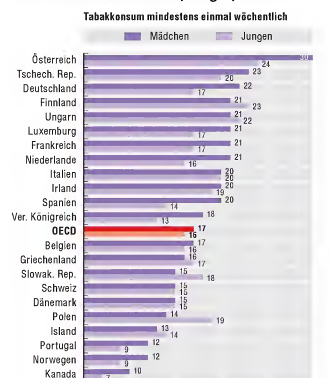
Die Häufigkeit von Risikoverhalten bei Jugendlichen nimmt ab, da sowohl beim Alkohol- als auch beim Tabakkonsum der 15-Jährigen ein gewisser Rückgang gegenüber dem Niveau der späten 1990er Jahre zu erkennen ist (Abbildung 2.1.4). Mit Ausnahme Griechenlands sind die Tabakkonsumraten in allen an der Untersuchung teilnehmenden OECD-Ländern bei Mädchen und Jungen rückläufig. Die Tabakkonsumraten befinden sich bei Mädchen und Jungen auf ihrem niedrigsten Stand seit zehn Jahren, wobei im Durchschnitt weniger als jedes fünfte Kind regelmäßig raucht. Im Hinblick auf das Risikoverhalten ist zudem eine gewisse Konvergenz zwischen den Ländern zu erkennen, bei Mädchen, was den Tabakkonsum betrifft, und bei Mädchen und Jungen beim Alkoholkonsum.

Definition und Abweichungen

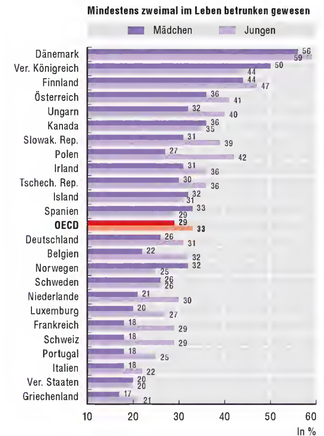
Die Schätzungen über den Tabakkonsum beziehen sich auf den Anteil der 15-Jährigen, die eigenen Angaben zufolge mindestens einmal wöchentlich rauchen. In den Schätzungen über den Alkoholmissbrauch ist der Anteil der 13- und 15-Jährigen erfasst, die angaben, öfters als zweimal in ihrem Leben betrunken gewesen zu sein.

Für 24 OECD-Länder stammen die Daten aus HBSC-Erhebungen (Health Behaviour in School-aged Children), die in der Zeit zwischen 1992-93 und 2005-06 durchgeführt wurden. Sie basieren auf schulinternen Stichproben. Deutschland, Frankreich und das Vereinigte Königreich übermitteln nur Ergebnisse bestimmter Regionen. In Australien, Japan, Korea, Mexiko und Neuseeland wurden die fraglichen Erhebungen nicht durchgeführt. Die Türkei nahm an der HBSC-Erhebung von 2005-06 teil, die Kinder wurden dabei aber nicht zu ihrem Tabak- und Alkoholkonsum befragt.

2.1.1 Tabakkonsum von 15-Jährigen, 2005-06

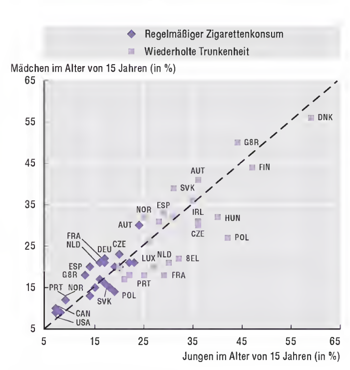


2.1.2 Alkoholmissbrauch von 15-Jährigen, 2005-06



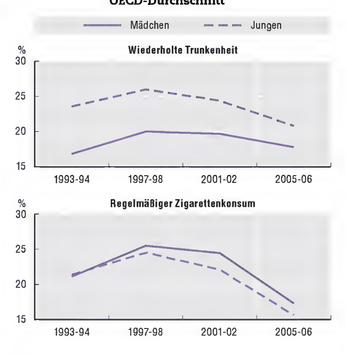
Quelle: Currie *et al.* (2008).

2.1.3 Riskoverhalten von 15-Jährigen, nach Geschlecht, 2005-06



Quelle: Currie *et al.* (2008).

2.1.4 Trends bei wiederholter Trunkenheit und regelmäßigem Zigarettenkonsum von 15-Jährigen, OECD-Durchschnitt



Quelle: Currie *et al.* (2000, 2004, 2008); WHO (1996).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/803214840023

2.2. Ernährung im Alter von 11, 13 und 15 Jahren

Die Ernährung spielt für die Entwicklung und die langfristige Gesundheit von Kindern eine wichtige Rolle. Der Verzehr von Obst anstelle von Erzeugnissen mit hohem Fett-, Zucker- und Salzgehalt in der Adoleszenz kann vor Gesundheitsproblemen wie Fettleibigkeit, Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen schützen. Das Essen von Obst in jungen Jahren kann zudem einer gesunden Ernährungsweise im späteren Leben förderlich sein.

Die von Jugendlichen konsumierte Menge an Obst wird von einer Reihe von Faktoren beeinflusst, wie dem Einkommen der Familie, den Kosten von Obst im Verhältnis zu anderen Nahrungsmitteln, der Zubereitungszeit, den Essensgewohnheiten der Eltern und dem Angebot an frischem Obst, das je nach Land und Klima unterschiedlich sein kann (Rasmussen *et al.*, 2006). Geringer Wohlstand geht in den meisten OECD-Ländern mit weniger Obstkonsum einher. Der Obst- (und Gemüse-)konsum hat in den meisten OECD-Ländern als Indikator für eine gesunde Ernährungsweise hohe Priorität.

Laut der jüngsten HBSC-Erhebung (Currie *et al.*, 2008) aßen 2005-06 nur rund ein Drittel der Jungen und zwei Fünftel der Mädchen im Alter von 11-15 Jahren täglich mindestens ein Stück Obst. Der tägliche Obstkonsum insgesamt war in Italien bei den Jungen und im Vereinigten Königreich bei den Mädchen am höchsten. Verhältnismäßig gering ist der Obstkonsum in einigen nordischen Ländern, wie Finnland, Island und Schweden. Am niedrigsten liegt der Obstkonsum eigenen Angaben zufolge bei Kindern in Finnland, wo weniger als eines von vier Mädchen und einer von fünf Jungen täglich ein Stück Obst verzehren. In den meisten Ländern essen Mädchen jeden Alters mit höherer Wahrscheinlichkeit täglich Obst. Die Häufigkeit täglichen Obstverzehrs im Alter von 11 Jahren ist bei Mädchen in Norwegen, Portugal und der Schweiz und bei Jungen in Portugal, den Vereinigten Staaten und Italien besonders hoch. In der Altersgruppe der 15-Jährigen essen die Mädchen in Italien, Dänemark und im Vereinigten Königreich und die Jungen in Italien, Portugal und Belgien am meisten Obst (Abbildung 2.2.1).

In fast allen OECD-Ländern geht der tägliche Obstkonsum zwischen dem Alter von 11 und 15 Jahren zurück (Abbildung 2.2.2). Bei den Mädchen sinkt er im OECD-Durchschnitt von 46% im Alter von 11 Jahren auf 40% im Alter von 13 und 36% im Alter von 15 Jahren. Bei Jungen verringert er sich von 38% auf 33% und dann auf 26%. In Österreich und Island geht er zwischen dem Alter von 11 und 15 Jahren um bis zu rd. 50% zurück, und auch in Ungarn ist eine starke Verringerung zu beobachten (bei den Mädchen). Italien (Mädchen) und Belgien (Jungen) sind die Länder, die im Hinblick auf die Aufrechterhaltung gesunder Essgewohnheiten bei älter werdenden Kindern am erfolgreichsten sind.

Der Abstand zwischen Mädchen und Jungen, was den Obstverzehr betrifft, ist in den meisten Ländern im Alter von 15 Jahren am größten. Im Alter von 11 Jahren ist der Obstkonsum von Mädchen und Jungen in Frankreich, Italien und Spanien am ähnlichsten. Norwegen, Deutschland und Polen weisen in dieser Altersgruppe die größten Unterschiede auf. Bis zum Alter von 15 Jahren vergrößert sich der Unterschied in Dänemark, der Tschechischen Republik und der Türkei so weit, dass auf zehn Mädchen, die regelmäßig Obst essen, nur noch weniger als sechs Jungen kommen, die dies ebenfalls tun.

Der durchschnittliche Anteil der Kinder, die eigenen Angaben zufolge täglich Obst essen, ist in den OECD-Ländern zwischen 2001-02 und 2005-06 etwas gestiegen. Am auffälligsten war dieser Anstieg bei Mädchen im Alter von 11 Jahren (Abbildung 2.2.3).

Es bedarf wirksamer Strategien, um sicherzustellen, dass die von Kindern verzehrte Obstmenge den Ernährungsempfehlungen entspricht. Im Allgemeinen sind die Kinder dem Obstverzehr gegenüber positiv eingestellt und geben an, zu Hause ein ausreichendes Obstangebot zu haben, weniger jedoch in der Schule und bei Freizeitaktivitäten. Eine Verbesserung der Versorgung mit Obst kann in Verbindung mit Aufklärungs- und Motivationsaktivitäten zur Erhöhung des Obstkonsums beitragen (Sandvik *et al.*, 2005).

Definition und Abweichungen

Die Qualität der Ernährung wird am Anteil der Kinder gemessen, die eigenen Angaben zufolge mindestens einmal oder mehrmals täglich Obst essen. Zu einer gesunden Ernährung gehören neben Obst natürlich auch noch andere Nahrungsmittel.

Für 25 OECD-Länder stammen die Daten aus HBSC-Erhebungen (*Health Behaviour in School-aged Children*), die in der Zeit zwischen 2001-02 und 2005-06 durchgeführt wurden. Sie basieren auf schulinternen Stichproben. Deutschland, Frankreich und das Vereinigte Königreich übermitteln nur Ergebnisse bestimmter Regionen. In Australien, Japan, Korea, Mexiko und Neuseeland wurden die fraglichen Erhebungen nicht durchgeführt.

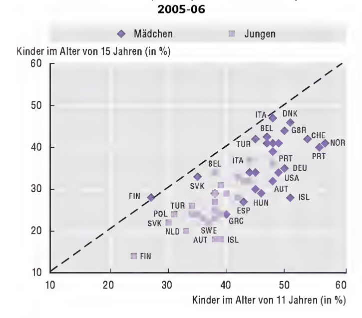
2.2.1 Täglicher Obstkonsum von 11- und 15-Jährigen, 2005-06

	Mädchen 15 Jahre	Mädchen 11 Jahre	Jungen 15 Jahre	Jungen 11 Jahre
Norwegen	41	57	32	43
Portugal	40	56	36	48
Schweiz	42	54	28	42
Dänemark	46	51	29	40
Island	28	51	18	39
Deutschland	35	50	23	36
Ver. Königreich	44	50	33	42
Luxemburg	41	49	27	38
Ver. Staaten	34	49	32	44
Österreich	32	48	18	38
Tschech. Rep.	41	48	25	38
Irland	39	48	29	38
Italien	47	48	37	44
Belgien	43	47	34	38
Kanada	41	47	31	39
OECD	36	46	26	38
Ungarn	29	46	23	38
Niederlande	30	45	20	33
Polen	34	45	24	31
Türkei	42	45	26	34
Schweden	34	44	22	37
Spanien	27	43	24	39
Griechenland	24	40	24	34
Frankreich	29	38	24	35
Slowak. Rep.	33	35	22	30
Finnland	28	27	14	24

In %

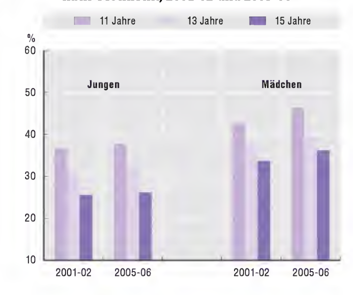
Quelle: Currie *et al.* (2008).

2.2.2 Regelmäßiger Obstkonsum im Alter von 11 und 15 Jahren, nach Geschlecht, 2005-06



Quelle: Currie *et al.* (2008).

2.2.3 Durchschnittlicher Anteil der Kinder, die nach eigenen Angaben täglich Obst essen, nach Geschlecht, 2001-02 und 2005-06



Quelle: Currie *et al.* (2004, 2008).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/803233543648

2.3. Körperliche Aktivität im Alter von 11, 13 und 15 Jahren

Körperliche Aktivität während der Adoleszenz ist gut für die Gesundheit und kann Gewohnheiten schaffen, die für ein hohes Niveau körperlicher Betätigung im Erwachsenenalter sorgen, und damit indirekt Einfluss auf den Gesundheitszustand im späteren Leben haben. Wissenschaftliche Untersuchungen bestätigen die Rolle, die körperlicher Bewegung bei Prävention und Behandlung einer ganzen Reihe von Gesundheitsproblemen Jugendlicher zukommt, wie z.B. Asthma, psychische Störungen, Knochenprobleme und Fettleibigkeit. Direktere Zusammenhänge konnten ferner zwischen körperlicher Aktivität während der Adoleszenz und positiven Effekten in Bezug auf Übergewichtigkeit, Fettleibigkeit und damit verbundene Krankheiten sowie auf Brustkrebsrisiko und Knochengesundheit im späteren Leben festgestellt werden. Die Auswirkungen, die körperliche Betätigung während der Adoleszenz auf die Gesundheit hat, hängen weitgehend von der Art der Aktivitäten ab; z.B. haben Wassersportaktivitäten positive Effekte bei der Behandlung von Asthma, und auch zur Unterstützung der Behandlung von Mukoviszidose wird körperliche Bewegung empfohlen (Hallal *et al.*, 2006; Currie *et al.*, 2008).

Zu den Faktoren, die Einfluss auf das Ausmaß der körperlichen Aktivität von Jugendlichen haben, gehören u.a. die Verfügbarkeit der erforderlichen Räumlichkeiten und Einrichtungen, der aktuelle Gesundheitszustand der Betreffenden, das Schulprogramm und der Umfang anderer konkurrierender Aktivitäten.

Der HBSC-Erhebung 2005-06 zufolge geht in den OECD-Ländern jedes fünfte Kind regelmäßig einer leichten bis intensiven körperlichen Aktivität nach (Abbildung 2.3.1). Die Wahrscheinlichkeit regelmäßiger körperlicher Betätigung von Kindern ist in der Schweiz und Frankreich am geringsten, wohingegen sich die Slowakische Republik und Irland mit besonders guten Ergebnissen hervortun, denn dort beträgt der Anteil der Kinder im Alter von 11 bis 15 Jahren, die sich in der Woche vor der Befragung insgesamt mindestens 60 Minuten täglich körperlich betätigt hatten, über 40% bzw. 30%. Die Rangfolge der Länder variiert je nach dem Alter der Kinder. Frankreich rangiert, vor allem bei den Mädchen, in allen Altersgruppen im unteren Bereich. In den Vereinigten Staaten sind bei den Jungen kaum Veränderungen der Häufigkeit körperlicher Aktivität zwischen dem Alter von 11, 13 und 15 Jahren festzustellen, wobei jedes dritte Kind in allen drei Altersgruppen das empfohlene Maß an körperlicher Bewegung erreicht. Jungen sind in allen Ländern und Altersgruppen durchgehend körperlich aktiver als Mädchen.

Besorgniserregend ist, dass die körperliche Aktivität zwischen dem Alter von 11 und 15 Jahren in den meisten OECD-Ländern tendenziell zurückgeht (Abbildung 2.3.2), wobei die Jungen in der Tschechischen Republik, Luxemburg und den Vereinigten Staaten die einzige Ausnahme bilden. In Portugal, Norwegen, Schweden, Österreich und Finnland sinkt die Häufigkeit körperlicher Aktivität bei Jungen zwischen dem Alter von 11 und 15 Jahren auf weniger als die Hälfte. Der Anteil der Mädchen, deren Maß an körperlicher Betätigung den Empfehlungen entspricht, geht zwischen dem Alter von 11 und 15 Jahren ebenfalls zurück. In der Tschechischen Republik, Luxemburg, Belgien und der Schweiz sinkt die Häufigkeit körperlicher Aktivität bei den Mädchen im Alter von 15 Jahren auf nur ein Fünftel des angegebenen Niveaus im Alter von 11 Jahren. Auch in Island, Irland und Finnland verringert sich die Häufigkeit körperlicher Aktivität bei den Mädchen um über 60%.

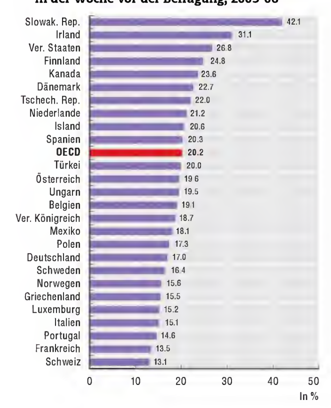
Um das Maß körperlicher Aktivität zwischen 2001-02 und 2005-06 zu vergleichen, wurden die Ergebnisse im Verhältnis zum OECD-Durchschnitt angegeben (Abbildung 2.3.3). Für 2001-02 beziehen sich die Angaben auf den Anteil der Kinder, die laut eigenen Angaben fünf Tage pro Woche eine Stunde lang einer leichten bis intensiven körperlichen Aktivität nachgingen, während für 2005-06 der Anteil der Kinder zu Grunde gelegt wurde, die dies an sieben Tagen pro Woche taten. In den Niederlanden, Österreich, im Vereinigten Königreich, in Polen und Griechenland lagen die Raten für die Jungen 2001-02 über dem OECD-Durchschnitt, sanken aber 2005-06 darunter ab. Finnland, Ungarn und Dänemark lagen bei der Häufigkeit körperlicher Aktivität 2001-02 unter dem OECD-Durchschnitt, befanden sich 2005-06 aber unter den Ländern mit den besseren Ergebnissen. In Bezug auf die Häufigkeit körperlicher Aktivität von Jungen hatten nur Irland, die Vereinigten Staaten und Kanada in beiden Zeiträumen gleich gute Ergebnisse vorzuweisen. Bei den Mädchen lagen Spanien und Belgien 2001-02 unter dem Durchschnitt, 2005-06 aber über dem Durchschnitt. In Schweden, Polen, im Vereinigten Königreich und Österreich ist die Häufigkeit körperlicher Aktivität bei den Mädchen seit 2001-02 unter den OECD-Durchschnitt gesunken.

Definition und Abweichungen

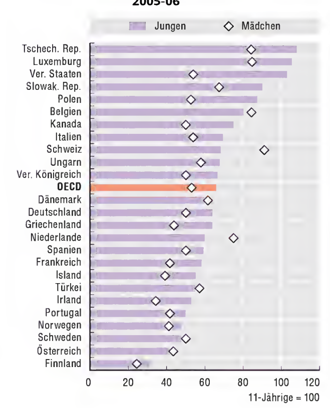
Die Daten zur körperlichen Aktivität beziehen sich auf die Regelmäßigkeit leichter bis intensiver körperlicher Bewegung nach Angaben von Kindern im Alter von 11, 13 und 15 Jahren für die Zeiträume 2001-02 und 2005-06. Leichte bis intensive körperliche Aktivität ist hier definiert als eine Aktivität, bei der sich Puls und Atemrhythmus beschleunigen (und die Betreffenden zuweilen außer Atem geraten), wobei eine Mindestdauer von einer Stunde an fünf oder mehr Tagen pro Woche für 2001-02 und an sieben Tagen pro Woche für 2005-06 zu Grunde gelegt wurde.

Die Indikatoren stammen aus den HBSC-Erhebungen (*Health Behaviour in School-aged Children Survey*). Die Daten basieren auf schulinternen Stichproben, einige Länder übermitteln jedoch nur Ergebnisse bestimmter Regionen. In Australien, Japan, Korea, Mexiko und Neuseeland wurden die fraglichen Erhebungen nicht durchgeführt.

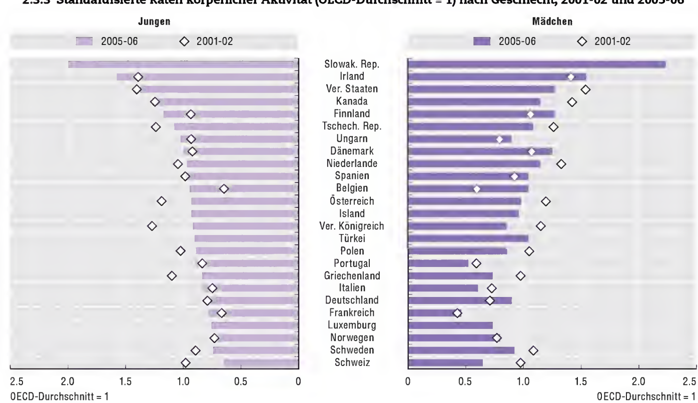
2.3.1 Kinder im Alter von 11-15 Jahren mit leichter bis intensiver täglicher körperlicher Aktivität in der Woche vor der Befragung, 2005-06



2.3.2 Vergleich der körperlichen Aktivität von 11- und 15-Jährigen, nach Geschlecht, 2005-06



2.3.3 Standardisierte Raten körperlicher Aktivität (OECD-Durchschnitt = 1) nach Geschlecht, 2001-02 und 2005-06



Quelle: Currie *et al.* (2004, 2008).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/803245755212

2.4. Übergewicht und Fettleibigkeit bei Kindern

Kinder, die übergewichtig oder fettleibig sind, weisen ein höheres Risiko auf, in der Adoleszenz oder im Erwachsenenalter einen schlechten Gesundheitszustand zu haben. Übergewicht in der Kindheit erhöht das Risiko, im späteren Leben von Herz-Kreislauf- oder Diabetes-Erkrankungen sowie den damit verbundenen negativen sozialen Folgen und Problemen in Bezug auf die geistige Gesundheit betroffen zu sein. Übergewichtsprobleme in der Kindheit sind mit einem erhöhten Risiko assoziiert, im Erwachsenenalter fettleibig zu sein, wo zu Gesundheitsproblemen bestimmte Krebsarten, Osteoarthritis, eine geminderte Lebensqualität und vorzeitiger Tod zu den anderen gesundheitsbezogenen Problemfaktoren hinzukommen (Currie *et al.*, 2008; WHO Europa, 2007).

Die Befunde legen den Schluss nahe, dass selbst wenn das Übergewicht der Kindheit in der Folge abgebaut wird, die Betreffenden im Erwachsenenalter weiterhin ein erhöhtes Risiko von Herz-Kreislauf-Problemen aufweisen. Und obwohl sich Fettleibigkeit durch eine Diät bekämpfen lässt, haben Kinder, die eine Zeitlang eine Diät einhalten, in der Folge ein erhöhtes Risiko der neuerlichen Gewichtszunahme. Die Einhaltung von Diäten kann zudem der Grund für Essstörungen, Stresssymptome und eine verzögerte körperliche Entwicklung sein.

In den meisten OECD-Ländern ist jedes siebente Kind übergewichtig oder fettleibig (Abbildung 2.4.1). Die aggregierten Zahlen für 2005-06 zeigen, dass nahezu jedes dritte Kind in den Vereinigten Staaten und jedes fünfte in Kanada übergewichtig oder fettleibig ist – das sind die höchsten Raten der an der Untersuchung teilnehmenden OECD-Länder. Auch südeuropäische Länder wie Portugal, Griechenland, Italien und Spanien weisen erhöhte Raten von Kindern mit Übergewichtsproblemen auf. Weniger als jedes zehnte Kind ist in den Niederlanden, der Schweiz, der Slowakischen Republik und Dänemark übergewichtig oder fettleibig.

Es besteht auf nationaler Ebene kein eindeutiger Zusammenhang zwischen Gewichtsproblemen und dem Gewichtsreduzierungsverhalten. In den meisten Ländern ist die Zahl der Kinder, die abzunehmen versuchen, höher als die der Kinder mit Übergewichtsproblemen. In Ländern, wo der Anteil der Kinder, die Übergewichtsprobleme haben, Eigenangaben zufolge gering ist, ist ferner den übermittelten Daten nach generell ein Gewichtsreduzierungsverhalten zu verzeichnen, das nahe dem OECD-Durchschnitt liegt. Die sechs Länder mit den höchsten Raten übergewichtiger und fettleibiger Kinder weisen ein ähnliches Gewichtsreduzierungsverhalten auf, wobei die Rate in jedem dieser Länder etwa am OECD-Durchschnitt von 14% angesiedelt ist, selbst wenn der Anteil der Kinder mit Übergewichtsproblemen erheblich variiert.

Zwischen Kindern mit Übergewichtsproblemen bestehen je nach dem Alter beträchtliche Unterschiede. In einigen Ländern haben ältere Kinder mehr Übergewicht als jüngere, in anderen Ländern ist das Gegenteil der Fall (Abbildung 2.4.2). Die Länder im oberen rechten Teil der Abbildung haben für Mädchen und Jungen Kohortenveränderungen mitgeteilt, die über dem OECD-Durchschnitt liegen. Einige Länder, darunter die Niederlande, Norwegen, Schweden, Island und die Schweiz, berichten über einen Anstieg der Übergewichts- und Fettleibigkeitsraten von Mädchen und Jungen mit zunehmendem Alter. Acht Länder verzeichnen bei Mädchen und Jungen unterdurchschnittliche Differenzen. Die Tschechische Republik ist das einzige Land, wo die Übergewichtsraten von Mädchen und Jungen bei den Kohorten der 15-Jährigen unter denen der 11-Jährigen liegen.

Die Raten übergewichtiger und fettleibiger Mädchen und Jungen sind im OECD-Raum im Steigen begriffen (Abbildung 2.4.3). Zwischen 2001-02 und 2005-06 war den übermittelten Daten zufolge in jedem an der Untersuchung teilnehmenden Land ein Anstieg von Übergewicht oder Fettleibigkeit bei Jungen im Alter von 15 Jahren zu verzeichnen. Am stärksten war dieser Anstieg während des Vierjahreszeitraums in den Vereinigten Staaten, Portugal und Österreich. Ein ähnliches Muster lässt der Anstieg der Raten für Mädchen erkennen, die sich in den Vereinigten Staaten, Portugal und Deutschland nahezu verdoppelten. Nur Irland und das Vereinigte Königreich teilten für den Zeitraum von 2001-02 bis 2005-06 einen Rückgang des Anteils übergewichtiger oder fettleibiger Mädchen im Alter von 15 Jahren mit. Da jedoch der Anteil der nicht beantworteten Fragen über Körpergröße und Gewicht in diesen beiden Ländern hoch war, ist bei der Interpretation Vorsicht geboten.

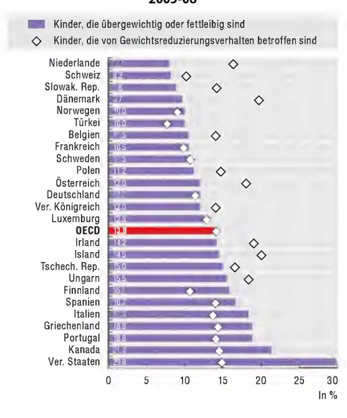
Definition und Abweichungen

Die Schätzungen von Übergewicht und Fettleibigkeit erfolgten auf der Basis von Berechnungen des Körpermassenindex (Body Mass Index – BMI), der anhand von Körpergröße und Gewicht laut Eigenangaben der betreffenden Kinder ermittelt wird. Übergewichtig und fettleibig sind definitionsgemäß Kinder, deren BMI über einer Reihe alters- und geschlechtsspezifischer Schwellenwerte liegt (Cole *et al.*, 2000). Die Daten über die Gewichtsabnahmeergebnisse beziehen sich auf Kinder, die nach eigenen Angaben eine Diät einhalten oder anders abzunehmen versuchen.

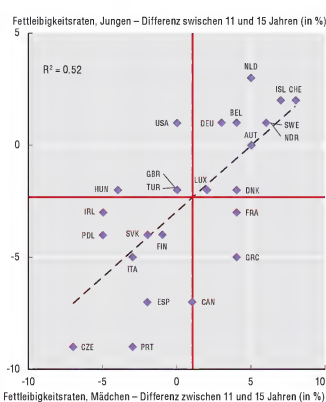
Eigenangaben von Kindern über Körpergröße und Gewicht können mitunter zu niedrig oder falsch sein, und sind daher mit Vorsicht zu interpretieren. Im Zeitraum 2005-06 fehlen für Kanada, England und Norwegen die Daten von über 30% der Befragten der Gruppe der 11-Jährigen. Dasselbe gilt für England, Irland und Belgien bezüglich der Gruppe der 13-Jährigen sowie für England und Irland bei der Gruppe der 15-Jährigen. Im Zeitraum 2001-02 fehlen BMI-Daten von über 30% der Befragten in Irland.

Die Indikatoren stammen aus den 2001-02 und 2005-06 durchgeführten HBSC-Erhebungen (*Health Behaviour in School-aged Children Survey*). Bei den aggregierten Länderwerten handelt es sich um grob geschätzte Raten der übergewichtigen und fettleibigen 11-, 13- und 15-Jährigen in jedem Land. Die Daten basieren auf schulinternen Stichproben. Einige Länder übermitteln nur die Ergebnisse bestimmter Regionen. Die Erhebung wurde in Australien, Japan, Korea, Mexiko und Neuseeland nicht durchgeführt.

2.4.1 Kinder im Alter von 11-15 Jahren, die übergewichtig oder fettleibig sind, und Kinder, die von Gewichtsreduzierungsverhalten betroffen sind, 2005-06

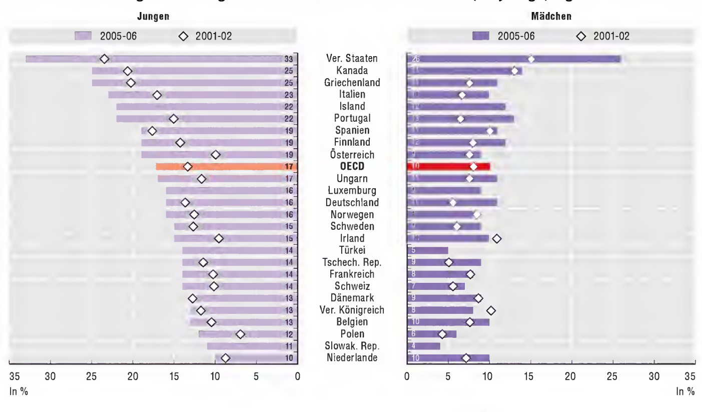


2.4.2 Prozentuale Differenz der Fettleibigkeitsraten zwischen 11 und 15 Jahren, geschlechtsspezifisch, 2005-06



Anmerkung: Die gestrichelte Linie ist der OECD-Durchschnitt.

2.4.3 Veränderung der Fettleibigkeitsraten zwischen 2001-02 und 2005-06, 15-jährige Jungen und Mädchen



Quelle: Currie et al. (2004, 2008).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/803284024247

2.5. Tabakkonsum von Erwachsenen

Tabakkonsum ist nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen die zweitwichtigste Todesursache weltweit und direkt verantwortlich für etwa jeden zehnten Todesfall in der Erwachsenenbevölkerung, was rd. 6 Millionen Todesfällen jährlich entspricht (Shafey *et al.*, 2009). Der Tabakkonsum spielt eine wichtige Rolle als Risikofaktor für mindestens zwei der häufigsten Ursachen von vorzeitigem Tod: Krankheiten des Kreislaufsystems und eine Reihe von Krebsarten. Zudem trägt er erheblich zu Erkrankungen der Atmungsorgane bei, und Rauchen während der Schwangerschaft kann darüber hinaus ein niedriges Geburtsgewicht und Krankheiten beim Säugling verursachen. Rauchen ist im OECD-Raum nach wie vor das größte vermeidbare Gesundheitsrisiko.

Der Prozentsatz der täglichen Raucher in der Erwachsenenbevölkerung ist im Ländervergleich sehr unterschiedlich, selbst zwischen Nachbarländern (Abbildung 2.5.1). Am niedrigsten waren die Raucherquoten 2007 in Schweden, den Vereinigten Staaten, Australien, Neuseeland, Kanada, Island und Portugal, wo die Quote der täglichen Raucher überall weniger als 20% der Erwachsenenbevölkerung betrug. Im Durchschnitt sind die Raucherquoten in den OECD-Ländern seit 1995 um etwa 5 Prozentpunkte gesunken, bei Männern stärker als bei Frauen. Besonders stark zurückgegangen sind die Quoten in der Türkei (von 47% auf 33%), in Luxemburg (von 33% auf 21%), Norwegen (von 33% auf 22%), Japan (von 37% auf 26%) und Dänemark (von 36% auf 25%). Am höchsten ist die Raucherquote nach wie vor in Griechenland sowie in der Türkei und Ungarn (30% oder mehr tägliche Raucher in der Erwachsenenbevölkerung). Griechenland und Mexiko sind die einzigen OECD-Länder, wo das Rauchen offenbar sowohl unter Männern als auch unter Frauen zunimmt.

Im historischen Rückblick folgte die Nachkriegsentwicklung in den meisten OECD-Ländern einem allgemeinen Trend, der in den 1960er und 1970er Jahren durch sehr hohe Raucherquoten der Männer charakterisiert war (50% oder mehr), während sich die 1980er und 1990er Jahre durch einen deutlichen Rückgang des Tabakkonsums auszeichneten. Dieser Rückgang war zu einem großen Teil auf Maßnahmen zur Senkung des Tabakkonsums durch öffentliche Aufklärungskampagnen, Werbeverbote und höhere Tabaksteuern zurückzuführen, mit denen die zunehmende Häufigkeit durch Tabakkonsum bedingter Krankheiten bekämpft werden sollte (Weltbank, 1999). Neben den staatlichen Maßnahmen erwiesen sich Kampagnen von Anti-Raucher-Gruppen, die die Auffassungen über die Auswirkungen des Rauchens auf die Gesundheit veränderten, im Hinblick auf die Senkung der Raucherquoten als sehr wirksam – vor allem in Nordamerika (Cutler und Glaeser, 2006).

Obwohl weiterhin große Unterschiede bestehen, sind die Raucherquoten in den meisten OECD-Ländern im Lauf des vergangenen Jahrzehnts deutlich gesunken (Abbildung 2.5.3). Die Raucherhäufigkeit ist unter den Männern in allen OECD-Ländern mit Ausnahme von Schweden und Norwegen nach wie vor höher als unter den Frauen. Die Raucherquoten der Frauen sind in den meisten OECD-Ländern weiter rückläufig, in mehreren Fällen (Türkei, Neuseeland, Island, Kanada, Vereinigte Staaten, Vereinigtes Königreich und Irland) sogar in stärkerem Maße als die der Männer. Nur in fünf Ländern sind die Raucherquoten der Frauen in den letzten 12 Jahren offenbar gestiegen (Österreich, Deutschland, Griechenland, Mexiko und Portugal), doch ist die Raucherwahrscheinlichkeit in diesen Ländern bei Frauen immer noch geringer als bei Männern. Besonders groß war der Unterschied zwischen den geschlechtsspezifischen Raucherquoten 2007 in Korea, Japan und der Türkei, geringer dagegen in Mexiko, Portugal, Griechenland und Polen (Abbildung 2.5.2).

Mehrere Studien liefern aussagekräftige Befunde über sozioökonomische Unterschiede in Bezug auf Rauchen und Mortalität (Mackenbach *et al.*, 2008). Bei Personen der unteren Sozialkategorien sind Inzidenz und Intensität des Rauchens sowie die Sterberate aller Ursachen höher sowie die Überlebensrate bei Krebs niedriger (Woods *et al.*, 2006). Der Einfluss des Rauchens als Bestimmungsfaktor der Gesundheitsungleichheiten insgesamt ist so stark, dass die Mortalitätsunterschiede zwischen den Sozialkategorien einer Nichtraucherpopulation um die Hälfte geringer wären (Jha *et al.*, 2006).

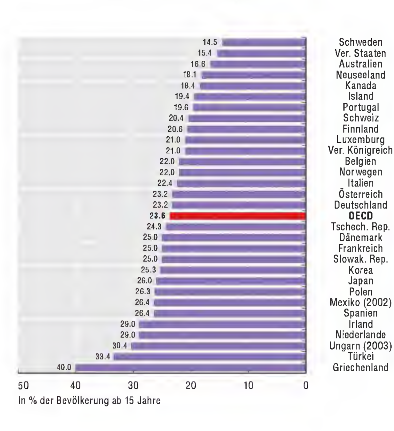
In Abbildung 2.5.4 ist die Korrelation zwischen dem Tabakkonsum (in Gramm pro Kopf) und der Inzidenz von Lungenkrebs in den OECD-Ländern mit einer 20-jährigen Verzögerung dargestellt. Ein höherer Tabakverbrauch auf nationaler Ebene ist im OECD-Vergleich im Allgemeinen auch mit höheren Sterberaten auf Grund von Lungenkrebs 10 oder 20 Jahre später verbunden.

Definition und Abweichungen

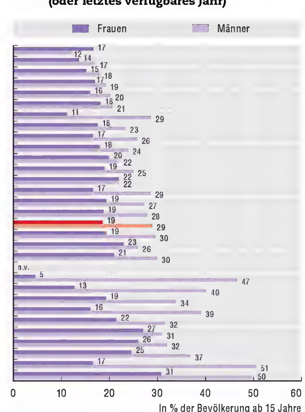
Der Prozentsatz der täglichen Raucher ist definiert als der Prozentsatz der Bevölkerung ab 15 Jahre, der laut eigenen Angaben täglich raucht.

Die internationale Vergleichbarkeit ist durch die mangelnde Standardisierung der Messung der Rauchgewohnheiten in den Gesundheitsumfragen eingeschränkt, die in den verschiedenen OECD-Ländern durchgeführt werden. Es bestehen nach wie vor Unterschiede bei der Formulierung der Fragen, den Antwortkategorien und den Erhebungsmethoden. In mehreren Ländern wird z.B. nicht danach gefragt, ob die Betreffenden täglich, sondern ob sie regelmäßig rauchen.

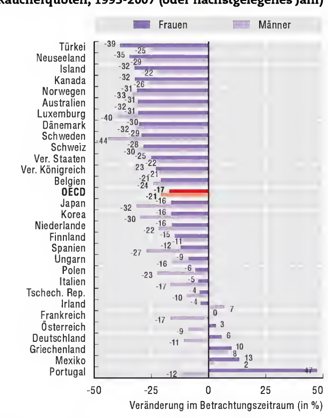
2.5.1 Prozentsatz der täglichen Raucher in der Erwachsenenbevölkerung, 2007 (oder letztes verfügbares Jahr)



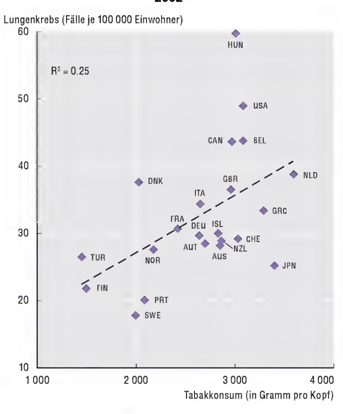
2.5.2 Prozentsatz der täglichen Raucher unter Frauen und Männern, 2007 (oder letztes verfügbares Jahr)



2.5.3 Veränderung der geschlechtsspezifischen Raucherquoten, 1995-2007 (oder nächstgelegenes Jahr)



2.5.4 Tabakkonsum, 1980, und Lungenkrebsinzidenz, 2002



Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2009.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/803301048045

2.6. Alkoholkonsum von Erwachsenen

Die durch übermäßigen Alkoholkonsum bedingte Gesundheitsbelastung ist, sowohl was die Morbidität als auch die Mortalität betrifft, in den meisten Teilen der Welt ganz erheblich (Rehm *et al.*, 2009; WHO, 2004b). Der Alkoholkonsum ist mit zahlreichen gesundheitsschädigenden Effekten und negativen Folgen für die Gesellschaft verbunden, darunter Trunkenheit und Alkoholabhängigkeit. Bei erhöhtem Alkoholkonsum steigen die Gefahr von Herz-Kreislauf-Krankheiten, das Schlaganfallrisiko sowie die Häufigkeit von Leberzirrhosen und bestimmten Krebsarten. Alkoholkonsum während der Schwangerschaft erhöht das Risiko von körperlichen und geistigen Geburtsschäden beim Kind. Zudem kann Alkoholkonsum auch auf Grund von Unfällen, Verletzungen, tätlichen Angriffen, Gewalt, Mord und Selbstmord zu Tod oder Behinderung führen, und er verursacht Schätzungen zufolge jährlich über 2 Millionen Todesfälle. Er ist jedoch einer der größten vermeidbaren Risikofaktoren für Erkrankungen.

Gemessen am jährlichen Alkoholumsatz beläuft sich der Alkoholkonsum auf der Basis der jüngsten verfügbaren Daten im OECD-Durchschnitt auf 9,7 Liter je Erwachsenen. Nach Ausklammerung Luxemburgs, wo ein großer Teil des Alkohols von Gebietsfremden gekauft wird, war der Alkoholkonsum 2006-07 den Angaben zufolge in Irland, Ungarn und Frankreich mit 13,0 oder mehr Litern jährlich je Erwachsenen am höchsten. Am anderen Ende der Skala stehen die Türkei, Mexiko und einige nordische Länder (Norwegen und Schweden), wo der Alkoholkonsum den Angaben zufolge mit 1,2 bis 6,9 Litern je Erwachsenen relativ gering war (Abbildung 2.6.1).

Der durchschnittliche Alkoholkonsum ist im Lauf der beiden vergangenen Jahrzehnte zwar in vielen OECD-Ländern allmählich zurückgegangen, in einigen Ländern ist er jedoch gestiegen (Abbildung 2.6.2). Innerhalb des OECD-Raums war ein gewisses Maß an Konvergenz bei den Trinkgewohnheiten festzustellen, da in vielen traditionellen „Bierländern“ der Weinkonsum und in vielen traditionellen „Weinländern“ der Bierkonsum zugenommen hat. In den traditionellen Weinerzeugerländern Italien, Frankreich und Spanien sowie in der Slowakischen Republik und Griechenland ist der Pro-Kopf-Alkoholverbrauch seit 1980 deutlich gesunken (Abbildungen 2.6.2 und 2.6.3). In Island, Irland und Mexiko ist er hingegen seit 1980 um 40% oder mehr gestiegen, wobei das Ausgangsniveau in Island und Mexiko allerdings sehr niedrig war, so dass der Alkoholkonsum dort immer noch relativ gering ist.

Die im Ländervergleich und im Zeitverlauf zu beobachtenden Unterschiede beim Alkoholkonsum sind nicht nur auf sich ändernde Trinkgewohnheiten zurückzuführen, sondern auch auf politische Maßnahmen zur Einschränkung des Alkoholverbrauchs. Werbe- und Verkaufsbeschränkungen sowie Alkoholsteuern haben sich als wirksame Mittel zur Senkung des Alkoholkonsums erwiesen (Bennet, 2003). Strenge Verkaufsbeschränkungen und hohe Alkoholsteuern schlagen sich in den meisten nordischen Ländern in einem generell geringeren Alkoholkonsum nieder, während der Rückgang des Alkoholkonsums in Frankreich, Italien und Spanien mit der freiwilligen und gesetzlich vorgeschriebenen Regulierung der Alkoholwerbung, z.T. infolge einer EU-Richtlinie von 1989, zusammenhängen könnte.

Der Pro-Kopf-Alkoholverbrauch in der Erwachsenenbevölkerung liefert zwar nützliche Hinweise auf Langzeittrends, er gibt jedoch keinen Aufschluss darüber, in welchen Bevölkerungsgruppen ein verstärktes Risiko gesundheitsschädigender Trinkgewohnheiten besteht. Der punktuelle Konsum großer Alkoholmengen, das sogenannte „Rauschtrinken“ (binge drinking), ist ein besonders gefährliches Konsummuster (Institute of Alcohol Studies, 2007), das in einigen Ländern und sozialen Gruppen, vor allem unter jungen Männern, in der Aufwärtstendenz ist (vgl. Indikator 2.1 „Tabak- und Alkoholkonsum im Alter von 15 Jahren“).

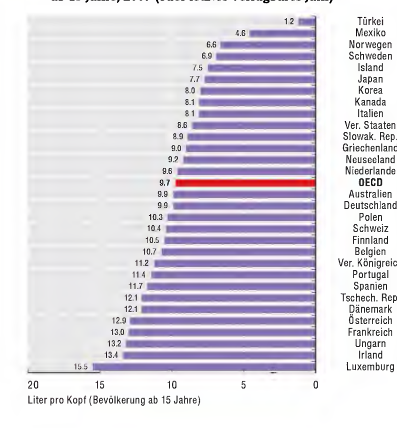
In Abbildung 2.6.4 ist der Zusammenhang zwischen dem Alkoholkonsum 1990 und den Todesfällen auf Grund von Leberzirrhose im Jahr 2006 dargestellt. Im Allgemeinen weisen Länder mit einem höheren Alkoholkonsum in der Tendenz 10-15 Jahre später auch höhere Sterberaten wegen Leberzirrhose auf als Länder mit geringem Alkoholkonsum. In den meisten OECD-Ländern sind die Sterberaten auf Grund von Leberzirrhose in den vergangenen zwanzig Jahren gesunken, wobei sie recht eng dem Gesamtrückgang des Alkoholkonsums folgten.

Definition und Abweichungen

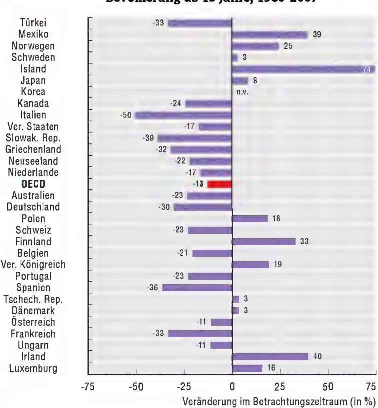
Der Alkoholkonsum entspricht dem jährlichen Umsatz an reinem Alkohol in Litern je Einwohner ab 15 Jahre. Zur Umrechnung der alkoholischen Getränke in reinen Alkohol werden nicht in allen Ländern dieselben Methoden angewandt.

In Italien beziehen sich die Angaben auf den Alkoholkonsum der Bevölkerung ab 14 Jahren, in Schweden ab 16 Jahren und in Japan ab 20 Jahren. In einigen Ländern (z.B. Luxemburg) spiegelt der inländische Umsatz den tatsächlichen Verbrauch der Inländer nicht richtig wider, weil durch den Absatz an Gebietsfremde eine erhebliche Diskrepanz zwischen dem inländischen Umsatz und Verbrauch entstehen kann.

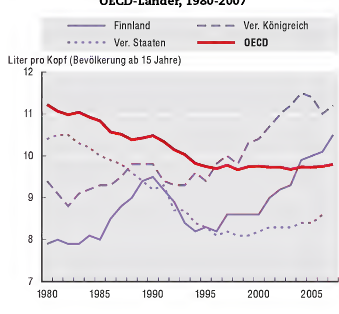
2.6.1 Pro-Kopf-Alkoholkonsum, Bevölkerung ab 15 Jahre, 2007 (oder letztes verfügbares Jahr)



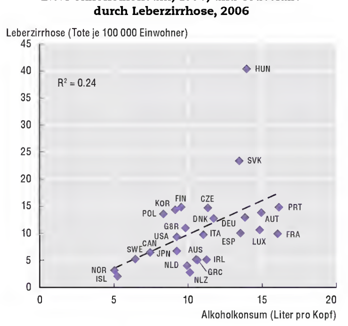
2.6.2 Veränderung des Pro-Kopf-Alkoholkonsums, Bevölkerung ab 15 Jahre, 1980-2007



2.6.3 Trends beim Alkoholkonsum, ausgewählte OECD-Länder, 1980-2007



2.6.4 Alkoholkonsum, 1990, und Todesfälle durch Leberzirrhose, 2006



Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2009.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/803317770724

2.7. Übergewicht und Fettleibigkeit von Erwachsenen

Der Anstieg der Übergewichts- und Fettleibigkeitsraten von Erwachsenen ist ein großes öffentliches Gesundheitsanliegen. Fettleibigkeit ist ein bekannter Risikofaktor für zahlreiche Gesundheitsprobleme wie Bluthochdruck, hoher Cholesterinspiegel, Diabetes, Herz-Kreislauf-Krankheiten, Atembeschwerden (Asthma), Skelett-Muskel-Krankheiten (Arthritis) sowie einige Krebsarten.

Mindestens die Hälfte der Erwachsenenbevölkerung gilt heute in nicht weniger als dreizehn OECD-Ländern als übergewichtig oder fettleibig: Mexiko, Vereinigte Staaten, Vereinigtes Königreich, Australien, Griechenland, Neuseeland, Luxemburg, Ungarn, Tschechische Republik, Portugal, Irland, Spanien und Island. In Japan und Korea sowie in einigen europäischen Ländern (Frankreich und Schweiz) sind die Übergewichts- und Fettleibigkeitsraten hingegen wesentlich niedriger, wenngleich sie auch dort zunehmen. Die Prävalenz der Fettleibigkeit (bei der die gesundheitlichen Risiken größer sind als bei Übergewicht) variiert in den OECD-Ländern um den Faktor zehn, von einem Tiefstwert von 3% in Japan und Korea bis zu über 30% in den Vereinigten Staaten und Mexiko (Abbildungen 2.7.1 und 2.7.2).

Die Fettleibigkeitsrate hat sich in den vergangenen zwanzig Jahren in den Vereinigten Staaten mehr als verdoppelt, in Australien fast verdreifacht und im Vereinigten Königreich mehr als verdreifacht (Abbildung 2.7.3). Etwa 20-24% der Erwachsenen im Vereinigten Königreich, in Australien, Island und Luxemburg sind fettleibig, das ist in etwa dieselbe Rate wie in den Vereinigten Staaten Anfang der 1990er Jahre. In vielen westeuropäischen Ländern sind die Fettleibigkeitsraten in den vergangenen zehn Jahren erheblich gestiegen.

In vielen Ländern betraf dieser Anstieg der Fettleibigkeit unabhängig von Geschlecht, Alter, ethnischer Zugehörigkeit, Einkommen und Bildungsniveau alle Bevölkerungsgruppen. In neun OECD-Ländern (Australien, Österreich, Kanada, England, Frankreich, Italien, Korea, Spanien und Vereinigte Staaten) deuten die Daten allerdings darauf hin, dass die Fettleibigkeit unter den Angehörigen benachteiligter sozioökonomischer Gruppen, besonders Frauen, in der Regel stärker verbreitet ist (Sassi *et al.*, 2009b). Eine Untersuchung lässt zudem in vier OECD-Ländern (Australien, Kanada, England und Korea) eine mehr oder minder lineare Beziehung zwischen der Zahl der mit einer Vollzeitausbildung verbrachten Jahre und der Fettleibigkeit erkennen, wobei Personen mit dem höchsten Bildungsniveau niedrigere Raten aufwiesen. Auch hier ist der Unterschied bei Frauen deutlicher als bei Männern (Sassi *et al.*, 2009a).

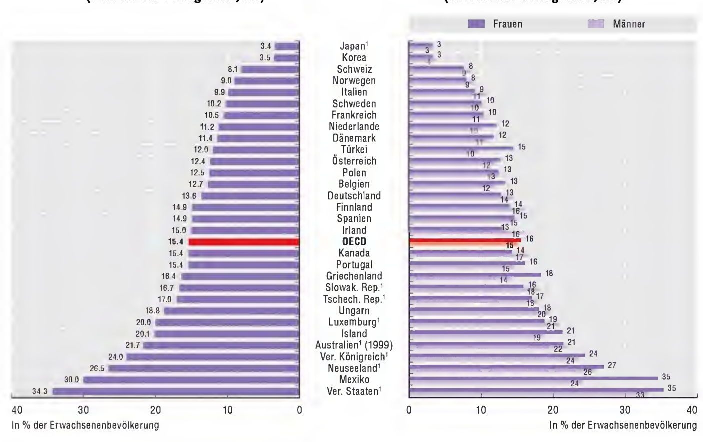
Weil Fettleibigkeit das Risiko chronischer Leiden erhöht, ist sie mit erheblichen zusätzlichen Kosten für die Gesundheitsversorgung verbunden. Schätzungen haben ergeben, dass Ende der 1990er Jahre in den Vereinigten Staaten möglicherweise rd. 5-7% und in Ländern wie Kanada, Australien und Neuseeland 3,5% der Gesundheitsgesamtausgaben durch Fettleibigkeit verursacht wurden (Thompson und Wolf, 2001). Auf Grund des zeitlichen Abstands zwischen dem Beginn der Fettleibigkeit und dem Auftreten der entsprechenden Gesundheitsprobleme ist darauf zu schließen, dass die Zunahme der Fettleibigkeit in den letzten zehn Jahren für die Zukunft einen Anstieg der Kosten der Gesundheitsversorgung bedeutet. Den Schätzungen einer jüngeren Studie zufolge könnten die mit Übergewicht und Fettleibigkeit verbundenen Kosten in England bis 2015 gegenüber 2007 um ganze 70% steigen und im Jahr 2025 um das 2,4-Fache höher liegen (Foresight, 2007).

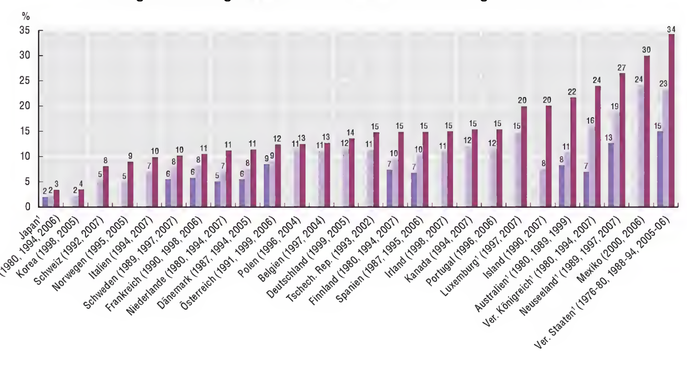
Eine Reihe verhaltens- und milieubedingter Faktoren hat zum Anstieg der Übergewichts- und Fettleibigkeitsraten in den Industriestaaten beigetragen, darunter real sinkende Nahrungsmittelpreise und eine Zunahme der körperlich untätig verbrachten Zeit. Übergewicht und Fettleibigkeit haben in den letzten Jahrzehnten unter Kindern stark zugenommen und in den meisten OECD-Ländern zweistellige Raten erreicht (vgl. auch Indikator 2.4 „Übergewicht und Fettleibigkeit bei Kindern").

Definition und Abweichungen

Als Übergewicht und Fettleibigkeit gilt ein übermäßig hohes Gewicht, das auf Grund des prozentual hohen Fettanteils im Körper mit Gesundheitsrisiken verbunden ist. Die am häufigsten verwendete Messgröße für Übergewicht und Fettleibigkeit stützt sich auf den Körpermassenindex (Body Mass Index – BMI), bei dem es sich um eine Zahl handelt, mit der das Gewicht einer Person im Verhältnis zur Körpergröße gemessen wird (Gewicht/Größe^2, wobei das Gewicht in Kilogramm und die Größe in Metern ausgedrückt wird). Laut der Definition der WHO (WHO, 2000) gelten Erwachsene mit einem BMI zwischen 25 und 30 als übergewichtig und Personen mit einem BMI von über 30 als fettleibig. Diese Klassifizierung kann für einige ethnische Gruppen ungeeignet sein, die den gleichen Risiken schon bei einem geringeren BMI oder erst bei einem höheren BMI ausgesetzt sind. Die Schwellenwerte für Erwachsene sind zudem nicht geeignet, um Übergewicht und Fettleibigkeit von Kindern zu messen.

In den meisten Ländern beruhen die Schätzungen zu Übergewicht und Fettleibigkeit auf Eigenangaben durch Schätzungen von Größe und Gewicht aus Gesundheitsbefragungen der Bevölkerung. Die Ausnahmen sind Australien, die Tschechische Republik (2005), Japan, Luxemburg, Neuseeland, die Slowakische Republik (2007), das Vereinigte Königreich und die Vereinigten Staaten, wo sich die Schätzungen auf Gesundheitsuntersuchungen stützen. Diese Unterschiede schränken die Vergleichbarkeit der Daten ein. Auf Gesundheitsuntersuchungen basierende Schätzwerte sind im Allgemeinen höher und verlässlicher als solche, die aus Gesundheitsbefragungen stammen.





1. Für Australien, Japan, Luxemburg, Neuseeland, die Slowakische Republik (2007), die Tschechische Republik (2005), das Vereinigte Königreich und die Vereinigten Staaten stützen sich die Zahlen auf Gesundheitsuntersuchungen und nicht auf Gesundheitsbefragungen.

Quelle: *OECD-Gesundheitsdaten 2009.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/803342830523





3. GESUNDHEITSPERSONAL

Einleitung

Die Leistung des Gesundheitssystems in Bezug auf Zugang und Qualität hängt entscheidend von Umfang, Zusammensetzung, Verteilung und Produktivität des Gesundheitspersonals ab. Das Gesundheitspersonal ist der Grundpfeiler des Gesundheitssystems, und viele OECD-Länder unterziehen ihre Personalmanagementstrategien in diesem Bereich daher einer Neubeurteilung, um sicherzustellen, dass in den jeweils geeignetsten Einrichtungen genügend Gesundheitsfachkräfte mit den jeweils nötigen Qualifikationen zur Verfügung stehen, um die Nachfrage nach qualitativ hochwertigen Gesundheitsdiensten zu decken.

In diesem Kapitel werden die jüngsten Daten zum Angebot an Gesundheitsfachkräften in den OECD-Ländern zusammengefasst, was durch Beschreibungen einiger der Faktoren ergänzt wird, die Einfluss auf Umfang und Zusammensetzung des Gesundheitspersonals haben. Das Kapitel beginnt mit einem allgemeinen Überblick über die Beschäftigungstrends im Gesundheits- und Sozialsektor, der deutlich macht, dass auf diesen Sektor in fast allen OECD-Ländern ein wachsender Teil der Gesamtbeschäftigung entfällt. Anschließend werden einige Gesundheitsberufe eingehender untersucht, wobei das Augenmerk vor allem Ärzten und Krankenpflegekräften gilt.

Die Zahl der Beschäftigten im Gesundheitssektor ist abhängig von den Neuzugängen, die sich hauptsächlich aus der Einstellung frisch diplomierter Nachwuchskräfte aus dem Inland und der Zuwanderung von im Ausland ausgebildeten Kräften ergeben, sowie den Abgängen infolge von Renteneintritt, Abwanderung in andere Länder sowie vorübergehender oder dauerhafter Berufsaufgabe (Abbildung 3.1).

3.1 Angebot an Gesundheitsfachkräften: Neuzugänge, Bestände, Abgänge

Ausbildung
Zuwanderung
Wiedereingliederung in den Beruf
Gesundheitspersonal
Verrentung
Abwanderung von im In- oder Ausland ausgebildeten Kräften
Vorübergehende Berufsaufgaben
Maßnahmen in den Bereichen:
- Ausbildung
- Vergütung
- Arbeitsbedingungen
- Zuwanderung
- Verrentung

Quelle: OECD (2008e).

Die zwei wichtigsten Methoden zur Erhöhung des Angebots an Ärzten, Krankenpflegekräften und sonstigen Gesundheitsfachkräften sind, wie aus Abbildung 3.1 hervorgeht, die verstärkte Ausbildung von Kräften im Inland und die Anwerbung von Kräften aus dem Ausland. Diese beiden Methoden unterscheiden sich auf Grund der langen Ausbildungsdauer – vor allem von Ärzten – jedoch deutlich in Bezug auf Entwicklungsdynamik und Auswirkungen. Während aktuelle Engpässe mit ausländischen Ärzten u.U. relativ schnell behoben werden können, verstreichen zwischen der Entscheidung, mehr Ärzte auszubilden, und dem Zeitpunkt, an dem diese ihren Beruf effektiv aufnehmen, ungefähr zehn Jahre.

Dieses Kapitel zeigt, dass im OECD-Ländervergleich erhebliche Unterschiede hinsichtlich der Zahl der praktizierenden Ärzte und Krankenpflegekräfte bestehen. Dabei werden auch die Trends im Hinblick auf die Zahl der Neuabsolventen von medizinischen Fakultäten und Krankenpflegeschulen, bei denen es sich um entscheidende Determinanten des aktuellen und künftigen Personalangebots handelt, sowie in Bezug auf die Zahl der im Ausland ausgebildeten Ärzte, die in OECD-Ländern tätig sind, vorgestellt*.

Die Höhe der Vergütung ist einer der Faktoren, die über die Attraktivität von Gesundheitsberufen, die Verweildauer in diesen Berufen sowie die Möglichkeit der Abwanderung von Kräften ins Ausland entscheiden. Die Höhe der Einkommen der Gesundheitskräfte hat auch direkte Auswirkungen auf das Gesamtkostenniveau der Gesundheitssysteme, da sie einen großen Ausgabenposten darstellen. Wenngleich die Erfassung vergleichbarer Daten zur Vergütung verschiedener Kategorien von Ärzten und Krankenpflegekräften schwierig ist, lassen die in diesem Kapitel vorgestellten Daten darauf schließen, dass zwischen den Ländern große Unterschiede bestehen, sei es in Bezug auf das absolute Einkommensniveau im Ländervergleich oder auf das relative Einkommensniveau im Verhältnis zum Durchschnittseinkommen der betreffenden Länder. Was die Ärzte anbelangt, können diese Unterschiede z.T. auf die Anwendung unterschiedlicher Vergütungsmethoden (z.B. Vergütungspauschale, Kopfpauschalen, Einzelleistungsvergütung) und deren Auswirkungen auf die Beschäftigungsquoten zurückgeführt werden. Durch die Unterschiede bei den Vergütungsmethoden und den Beschäftigungsquoten lässt sich die im Ländervergleich zu beobachtende Varianz des Vergütungsniveaus jedoch nicht in vollem Umfang erklären, was darauf hindeutet, dass das Einkommen der Ärzte auch von dem Preis (in Form von Honoraren oder Gehältern) abhängig ist, der für ihre Dienste ausgehandelt wird.

Dieses Kapitel liefert zudem Informationen über die Zusammensetzung der Ärzte- und Krankenpflegerpopulation. Dabei wird aufgezeigt, dass in vielen OECD-Ländern ein wachsendes Ungleichgewicht zwischen Allgemein- und Fachärzten besteht, was Fragen hinsichtlich des Zugangs zu medizinischer Grundversorgung aufwirft. Das Kapitel befasst sich auch mit dem Angebot an bestimmten Fachärztekategorien – Gynäkologen, Geburtshilfeärzten sowie Psychiatern –, wobei die vor kurzem auf diese Berufsgruppen ausgedehnte OECD-Datensammlung genutzt wird. Viele OECD-Länder berichten von einem Mangel an Allgemeinärzten sowie an manchen Fachärztekategorien, der in bestimmten Regionen, in der Regel in ländlichen oder entlegenen Gebieten festzustellen ist. Kapitel 6 „Zugang zum Gesundheitswesen“ enthält Informationen zur Verteilung der Ärzte innerhalb der einzelnen Länder.

In diesem Kapitel werden zwei große Kategorien von Krankenpflegekräften unterschieden: „vollqualifizierte Krankenpflegekräfte“ und „qualifizierte Krankenpflegekräfte“. Nicht berücksichtigt sind hingegen Hilfskräfte, die in einigen Ländern einen sehr großen Platz unter dem Gesundheitspersonal einnehmen. Diese Erfassungslücke erklärt sich daraus, dass die Informationen zur Beschäftigung im Gesundheitssektor in vielen Bereichen immer noch begrenzt sind.

* Daten zur Zahl der im Ausland ausgebildeten Krankenpflegekräfte im Jahr 2000 können der Ausgabe 2007 des *Internationalen Migrationsausblicks* der OECD entnommen werden (Teil III, „Die Zuwanderung von Gesundheitsfachkräften im OECD-Raum im allgemeinen Kontext der Migration hochqualifizierter Arbeitskräfte“).

3.1. Beschäftigung im Gesundheits- und Sozialsektor

Der Gesundheits- und Sozialsektor beschäftigt in den OECD-Ländern eine große und weiter wachsende Zahl von Menschen. Die in diesem Abschnitt wiedergegebenen Daten beziehen sich sowohl auf Beschäftigte des Gesundheitssektors als auch des Sozialsektors (einschließlich Langzeitpflege, Kinderbetreuung und sonstige soziale Berufe). Berücksichtigt sind Personen, die direkt Leistungen für Patienten und Pflegebedürftige erbringen, ebenso wie Verwaltungs- und sonstige Kräfte.

Im Durchschnitt der OECD-Länder machten die Beschäftigten des Gesundheits- und Sozialsektors 2008 fast 10% der Gesamtbeschäftigung aus, gegenüber weniger als 9% im Jahr 1995. Am höchsten war der Anteil der im Gesundheits- und Sozialsektor tätigen Kräfte 2008 in den nordischen Ländern und in den Niederlanden (15% oder mehr der Gesamtbeschäftigung). Am niedrigsten war er mit rd. 3% in der Türkei und in Mexiko (Abbildung 3.1.1).

In fast allen OECD-Ländern ist der Anteil der Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialsektor zwischen 1995 und 2008 gestiegen, die einzige wirkliche Ausnahme bildet Polen, wo er zwischen 2000 und 2003 im Kontext eines sich verlangsamenden Wachstums der Gesundheitsausgaben abgenommen hat. In Island, Schweden und der Slowakischen Republik blieb er unverändert.

Zwischen 1995 und 2008 ist die Beschäftigung im Gesundheits- und Sozialsektor im OECD-Durchschnitt um 2,8% jährlich gestiegen, zweimal stärker als die zivile Beschäftigung insgesamt, die um 1,4% zulegte (Abbildung 3.1.2). In Korea expandierte die Zahl der Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialsektor mit einer durchschnittlichen Jahresrate von über 8% – gegenüber einer Jahreswachstumsrate der Gesamtbeschäftigung von 1,1%. Dennoch ist der Beschäftigungsanteil des Gesundheits- und Sozialsektors in Korea nach wie vor gering im Vergleich zu den meisten anderen OECD-Ländern. In Japan fiel das Beschäftigungswachstum im Gesundheits- und Sozialsektor in den letzten Jahren ebenfalls wesentlich höher aus als das der Gesamtbeschäftigung.

In den meisten Ländern ist die Beschäftigung im Gesundheits- und Sozialsektor zwischen 2007 und 2008 weiter gestiegen, während die zivile Beschäftigung insgesamt in einigen Ländern nachzugeben begann, als deren Volkswirtschaften in die Rezession eintraten. Dies war z.B. in Japan, Spanien und den Vereinigten Staaten der Fall und lässt darauf schließen, dass die Beschäftigung im Gesundheits- und Sozialsektor durch den Wirtschaftsabschwung in diesen Ländern weniger beeinträchtigt wurde. In anderen Ländern jedoch, z.B. in der Tschechischen Republik, in Ungarn und in der Slowakischen Republik, ist die Beschäftigung im Gesundheits- und Sozialsektor 2007-08 gesunken.

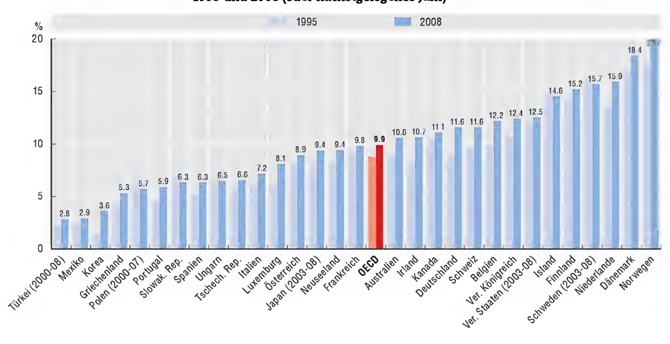
Bei der Mehrzahl der Beschäftigten im Gesundheitssektor handelt es sich um Gesundheitsfachkräfte, die direkt Leistungen für Patienten erbringen. Die folgenden Indikatoren geben genaueren Aufschluss über die wichtigsten Gesundheitsberufe, darunter verschiedene Kategorien von Ärzten und Krankenpflegern, Zahnärzten und Apothekern.

Definition und Abweichungen

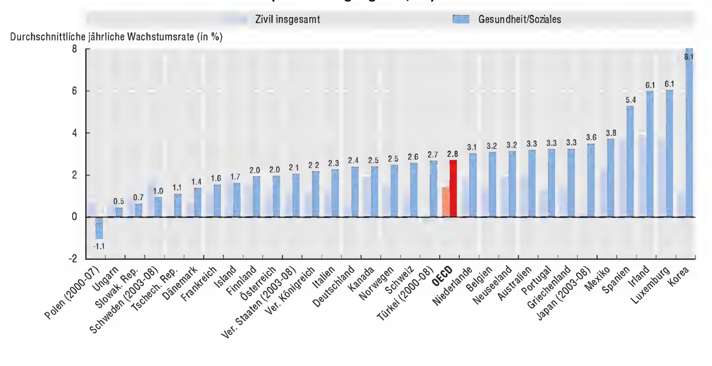
Die Beschäftigung im Gesundheits- und Sozialsektor umfasst folgende Kategorien der internationalen Wirtschaftszweigsystematik (ISIC) Rev. 3: 851 (Gesundheitswesen), 852 (Veterinärwesen) und 853 (Sozialwesen). Die Daten stützen sich auf einfache Zählungen ohne Berücksichtigung von Unterschieden zwischen Vollzeit- oder Teilzeitbeschäftigungen.

Im Interesse einer besseren Vergleichbarkeit sind die Daten für sämtliche Länder Arbeitskräfteerhebungen entnommen. In vielen Ländern liefern gezieltere Erhebungen, die in Gesundheitseinrichtungen oder bei Gesundheitsfachkräften durchgeführt werden, genauere Informationen über die Beschäftigung im Gesundheitssektor oder in bestimmten Gesundheitsberufen. Solche Datenquellen wurden herangezogen, um detailliertere Informationen über die einzelnen Gesundheitsberufe zu gewinnen, die in den nächsten Abschnitten eingehender untersucht werden.

3.1.1 Beschäftigung im Gesundheits- und Sozialsektor im Verhältnis zur Zahl der zivilen Erwerbstätigen insgesamt, 1995 und 2008 (oder nächstgelegenes Jahr)



3.1.2 Beschäftigungswachstum im Gesundheits- und Sozialsektor im Vergleich zur Gesamtwirtschaft, 1995-2008 (oder nächstgelegenes Jahr)



Quelle: OECD Annual Labour Force Statistics; US Bureau of Labor Statistics.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/803361826154

3.2. Praktizierende Ärzte

In vielen OECD-Ländern herrscht Besorgnis über einen bereits bestehenden oder drohenden Ärztemangel (OECD, 2008e). Dieser Abschnitt enthält daher Informationen über die Zahl der Ärzte im Verhältnis zur Einwohnerzahl in den OECD-Ländern, aufgeschlüsselt nach Geschlecht und nach Allgemeinärzten und Fachärzten.

2007 wurden in Griechenland und Belgien Höchstwerte von vier praktizierenden Ärzten je 1 000 Einwohner verzeichnet, wohingegen dieses Verhältnis in der Türkei und in Korea weniger als zwei je 1 000 Einwohner betrug (Abbildung 3.2.1). Der OECD-Durchschnitt lag bei 3,1 Ärzten je 1 000 Einwohner.

Die Zahl der praktizierenden Ärzte je 1 000 Einwohner ist seit 1990 in fast allen OECD-Ländern gestiegen. Im Durchschnitt der OECD-Länder ist die Arztdichte zwischen 1990 und 2007 um 2% jährlich gestiegen (Abbildung 3.2.2). Besonders hoch war die Wachstumsrate in Ländern, in denen das Ausgangsniveau 1990 eher niedrig war (Türkei, Korea und Mexiko) sowie in Spanien (seit 1995) und in Österreich. In Österreich lag der Anteil der Absolventen eines Medizinstudiums in diesem Zeitraum durchgehend über dem OECD-Durchschnitt, was sich in einer hohen und weiter steigenden Zahl von Ärzten niederschlägt. Wesentlich niedriger war die Wachstumsrate der Zahl der Ärzte im Verhältnis zur Einwohnerzahl demgegenüber in Kanada und Frankreich, und in Italien war sie sogar negativ. Nach der Reduzierung der Zulassungen zum Medizinstudium, die in den 1980er und 1990er Jahren vorgenommen wurde, da die Zahl der Ärzte für zu hoch erachtet wurde, begann die Arztdichte in Italien ab 2003 und in Frankreich ab 2006 abzunehmen. Dieser Abwärtstrend wird sich voraussichtlich fortsetzen.

2007 lag der Frauenanteil unter den Ärzten bei 40% – gegenüber 29% im Jahr 1990 – (Abbildung 3.2.3), wobei das Spektrum von Höchstwerten von über 50% in den mittel- und osteuropäischen Ländern (Slowakische Republik, Polen, Tschechische Republik und Ungarn) sowie in Finnland bis zu einem Tiefstwert von weniger als 20% in Japan reichte. In den Vereinigten Staaten ist der Anteil der Ärztinnen zwischen 1990 und 2007 von 20% auf 30% gestiegen, und er könnte in den kommenden Jahren weiter zunehmen, da es sich inzwischen bei fast 50% der Medizinstudenten um Frauen handelt (NCHS, 2009).

Das zahlenmäßige Verhältnis Allgemeinärzte/Fachärzte hat sich in den vergangenen Jahrzehnten verändert, da die Zahl der Fachärzte wesentlich stärker gestiegen ist als die der Allgemeinärzte. Obwohl in der Gesundheitspolitik ebenso wie in der Gesundheitsforschung die Bedeutung der Primärversorgung durch Allgemeinärzte unterstrichen und insbesondere auf deren Kosteneffizienz hingewiesen wird (Starfield *et al.*, 2005), kommen im Durchschnitt der OECD-Länder heute zwei Fachärzte auf einen Allgemeinarzt. 1990 lag dieses Verhältnis noch bei 1,5. In den mittel- und osteuropäischen Ländern sowie in Griechenland gibt es wesentlich mehr Fachärzte als Allgemeinärzte. In anderen Ländern (Australien, Belgien, Kanada, Frankreich, Neuseeland und Portugal) ist das Verhältnis Allgemeinärzte/Fachärzte hingegen ausgewogener geblieben, allerdings entscheidet sich auch in einigen dieser Länder die überwiegende Mehrzahl der Medizinstudenten für eine Facharztausbildung.

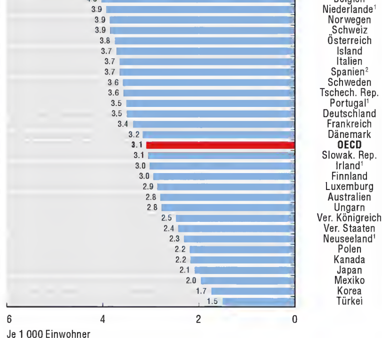
Die künftige Entwicklung von Ärzteangebot und -nachfrage lässt sich auf Grund von Unwägbarkeiten bezüglich des gesamtwirtschaftlichen Wachstums, von Veränderungen der Produktivität der Ärzte, Fortschritten in der Medizintechnik sowie der sich wandelnden Aufgabenverteilung zwischen Ärzten und anderen Gesundheitsberufen schwer voraussagen. In den Vereinigten Staaten ist laut Schätzungen der Association of American Medical Colleges zwischen 2006 und 2025 mit einem Anstieg der *Nachfrage* nach Ärzten um 26% zu rechnen, wohingegen das *Angebot* u.U. nur um 10-12% zunehmen wird, was zu wachsendem Ärztemangel führen dürfte (AAMC, 2008). In Frankreich könnte das *Ärzteangebot* Schätzungen des Gesundheitsministeriums zufolge zwischen 2006 und 2020 um fast 10% zurückgehen, selbst bei Berücksichtigung des möglichen Anstiegs der Zahl der Zulassungen zum Medizinstudium von 7 000 im Jahr 2006 auf 8 000 in den Jahren 2011-20 (DREES, 2009). Angesichts des im selben Zeitraum zu erwartenden Bevölkerungswachstums wird die Arztdichte in Frankreich stark abnehmen und bis 2020 auf 2,8 Ärzte je 1 000 Einwohner absinken, was im Vergleich zum Niveau von 2007 (3,35 Ärzte je 1 000 Einwohner) einem Rückgang um über 15% entspricht (DREES, 2009).

Definition und Abweichungen

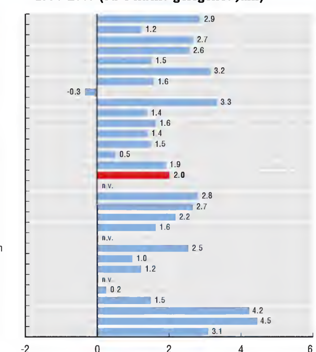
Als praktizierende Ärzte gelten Ärzte, die Patienten direkt betreuen. In vielen Ländern zählen dazu auch „Interns" und „Residents" (entspricht in etwa den Assistenzärzten). Die Daten stützen sich auf einfache Zählungen, außer für Norwegen, wo die Zahl der praktizierenden Ärzte vor 2002 in Vollzeitäquivalenten angegeben wird. Irland, Neuseeland, die Niederlande und Portugal geben die Zahl der zugelassenen Ärzte an (was zu einer Überzeichnung führt). In den Daten für Spanien sind Zahnärzte und Stomatologen enthalten (was sich ebenfalls in einer leichten Überzeichnung äußert).

Nicht alle Länder sind in der Lage, für die Gesamtheit ihrer praktizierenden Ärzte nach den beiden Kategorien – Fach- und Allgemeinärzte – aufgeschlüsselte Daten zu liefern. Dies kann darauf zurückführen sein, dass keine fachspezifischen Zahlen für Assistenzärzte oder für in Privatpraxen tätige Ärzte vorliegen.

3.2.1 Praktizierende Ärzte je 1 000 Einwohner, 2007 (oder letztes verfügbares Jahr)

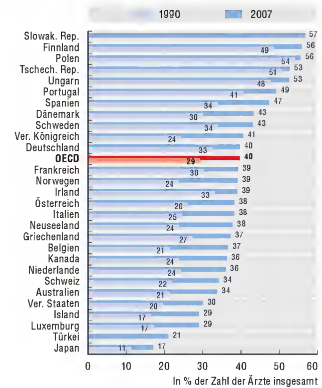


3.2.2 Zunahme der Dichte praktizierender Ärzte, 1990-2007 (oder nächstgelegenes Jahr)

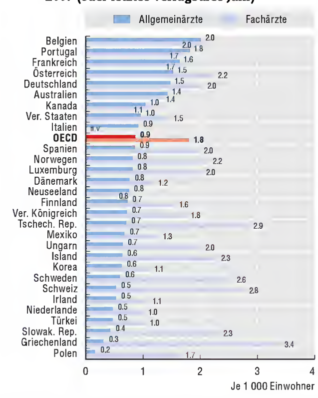


1. Die Daten für Irland, Neuseeland, die Niederlande und Portugal beziehen sich auf die Zahl aller zugelassenen und nicht aller praktizierenden Ärzte. 2. Die Daten für Spanien schließen Zahnärzte und Stomatologen ein.

3.2.3 Weibliche Ärzte im Verhältnis zur Zahl der Ärzte insgesamt, 1990 und 2007 (oder nächstgelegenes Jahr)



3.2.4 Allgemeinärzte und Fachärzte je 1 000 Einwohner, 2007 (oder letztes verfügbares Jahr)



Anmerkung: Einige Länder können nicht für alle praktizierenden Ärzte aufgeschlüsselte Daten nach Allgemein- und Fachärzten liefern.

Quelle: *OECD-Gesundheitsdaten 2009.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/803367155165

3.3. Ärztlicher Nachwuchs

Zur Aufrechterhaltung oder Erhöhung der Zahl der Ärzte müssen entweder Investitionen in die Ausbildung von Nachwuchsärzten getätigt oder im Ausland ausgebildete Ärzte angeworben werden (vgl. 3.4 „Im Ausland ausgebildete Ärzte"). Da die Ausbildung eines Arztes ungefähr zehn Jahre dauert, können aktuelle Personalengpässe nur durch die Anwerbung qualifizierter Ärzte aus dem Ausland behoben werden, es sei denn im Inland stünden arbeitslose Ärzte zur Verfügung. Umgekehrt können Angebotsüberhänge oder plötzliche Nachfragerückgänge zur Folge haben, dass es vor allem für Nachwuchsärzte schwierig wird, eine Stelle im Inland zu finden.

Fast alle OECD-Länder begrenzen auf die eine oder andere Art die Zulassungen zum Medizinstudium, häufig über einen Numerus Clausus. Damit werden mehrere Ziele verfolgt, darunter: *a)* Beschränkung der Zulassungen auf die besten Bewerber, *b)* Begrenzung der Gesamtzahl der Ärzte im Interesse einer Eindämmung der Kosten (ein größeres Angebot schafft eine größere Nachfrage), Reduzierung der Ausbildungskosten (in allen Ländern, einschließlich der Vereinigten Staaten, wird ein großer Teil der Kosten der medizinischen Ausbildung aus öffentlichen Mitteln finanziert, so dass eine Erhöhung der Zahl der Medizinstudenten mit erheblichen öffentlichen Ausgaben verbunden ist). Die Länder verwenden den Numerus Clausus als ein Steuerungsinstrument, indem sie die Höchstzahl der Zulassungen im Zeitverlauf anpassen (OECD, 2008e).

In Dänemark, Österreich und Irland war die Zahl der Absolventen eines Medizinstudiums je 100 000 Einwohner 2007 am höchsten. In diesen Ländern sind auch die Bestimmungen in Bezug auf die Zulassung zum Studium in der Regel weniger streng. Am niedrigsten waren die Absolventenquoten 2007 demgegenüber in Frankreich, Japan, Kanada und den Vereinigten Staaten. Der OECD-Durchschnitt lag bei fast zehn Neuabsolventen medizinischer Studiengänge je 100 000 Einwohner (Abbildung 3.3.1).

Im Verhältnis zur Zahl der bereits praktizierenden Ärzte, woran der Grad der Bestandserhaltung gemessen werden kann, war die Zahl der Neuabsolventen eines Medizinstudiums 2007 ebenfalls in Dänemark, Österreich und Irland sowie in Korea (wo die Arztdichte immer noch relativ gering ist) am höchsten. Am niedrigsten war sie in Frankreich, Belgien und der Schweiz. Der OECD-Durchschnitt lag bei 33 Neuabsolventen medizinischer Studiengänge je 1 000 praktizierende Ärzte (Abbildung 3.3.2).

In mehreren Ländern (z.B. in Kanada und Dänemark sowie im Vereinigten Königreich) hat die Zahl der Neuabsolventen medizinischer Studiengänge im Jahr 2000 stark zu steigen begonnen, nachdem sie in den vorangegangenen 15 Jahren unverändert geblieben bzw. zurückgegangen war, worin bewusste Änderungen in der Politik bezüglich der Ausbildung von Ärzten zum Ausdruck kamen (Abbildung 3.3.3). In Japan ist die Zahl der Neuabsolventen eines Medizinstudiums in den letzten zwanzig Jahren mehr oder minder unverändert geblieben. In Italien, Frankreich und Deutschland war zwischen Mitte der 1980er und Mitte der 1990er Jahre ein deutlicher Rückgang der Zahl der Absolventen medizinischer Studiengänge zu verzeichnen, auf den dann entweder – wie in Frankreich und Deutschland – eine langsamere Abnahme (wobei in Deutschland 2007 Anzeichen für eine mögliche Trendwende zu erkennen waren) oder eine allgemeine Stabilisierung wie in Italien folgte.

In Frankreich wurde der Numerus Clausus bei seiner Einführung im Jahr 1971 auf einem hohen Niveau angesetzt (oberhalb von 8 000 Studienplätzen), Ende der 1970er und in den 1980er Jahren aber stark abgesenkt, bis er 1992 einen Tiefstwert von 3 500 Zulassungen erreichte. Anschließend stieg er auf 7 100 im Jahr 2007, und es laufen Beratungen über eine weitere Anhebung bis 2012. Angesichts der langen Ausbildungsdauer von Ärzten dürfte die jüngste Erhöhung der Zahl der Zulassungen zum Medizinstudium allerdings nicht ausreichen, um die gegenwärtige Arztdichte in Frankreich in den kommenden Jahren aufrechtzuerhalten, da der Großteil der Ärzte inzwischen über fünfzig Jahre alt ist und im Verlauf der nächsten zehn Jahre wahrscheinlich in Rente gehen wird (Cash und Ulmann, 2008).

In Japan, das eine der geringsten Arztdichten im OECD-Raum aufweist, wird schon seit einigen Jahren über das Problem des Ärztemangels diskutiert, das auf die Zulassungsbeschränkungen zum Medizinstudium zurückgeführt wird (Ebihara, 2007). Ein Beratungsausschuss des japanischen Ministeriums für Gesundheit, Arbeit und Wohlfahrt hat vor kurzem eine Anhebung der Kapazitäten des Landes zur Ausbildung von Nachwuchsärzten um 50% empfohlen, um die Arztdichte von zwei auf drei Ärzte je 1 000 Einwohner zu erhöhen, was der OECD-Durchschnitt ist. 2008 wurde mit der Anhebung der Zahl der Zulassungen zum Medizinstudium begonnen, es wird jedoch lange dauern, bis dieser Zielwert erreicht ist.

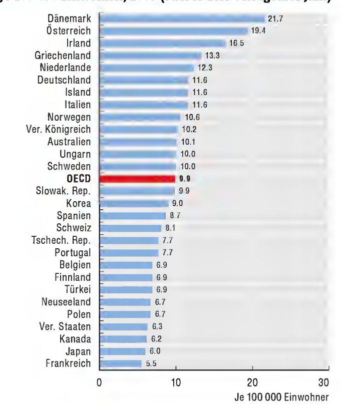
Definition und Abweichungen

Die Zahl der Absolventen eines Medizinstudiums ist definiert als die Zahl der Studierenden, die in einem gegebenen Jahr an einer medizinischen Fakultät oder ähnlichen Institution ihr Abschlussexamen abgelegt haben. Nicht inbegriffen sind Absolventen der Bereiche Zahnmedizin, öffentliche Gesundheit und Epidemiologie.

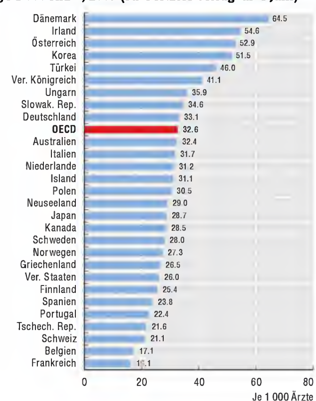
In der Tschechischen Republik und im Vereinigten Königreich sind ausländische Absolventen medizinischer Studiengänge nicht in den Daten enthalten, während sie in anderen Ländern berücksichtigt sind (in der Tschechischen Republik handelt es sich bei rd. 30% aller Absolventen eines Medizinstudiums um Ausländer). In Dänemark beziehen sich die Daten auf die Zahl der Absolventen medizinischer Studiengänge, die die Approbation als Arzt erhalten.

In Luxemburg gibt es keine medizinischen Fakultäten, daher werden dort alle Ärzte im Ausland ausgebildet, die meisten in Belgien, Frankreich und Deutschland.

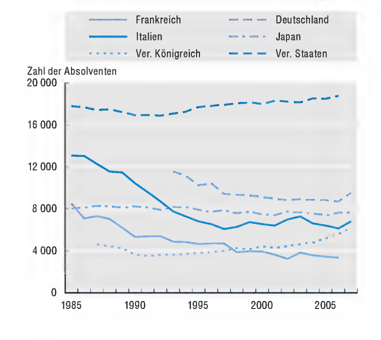
3.3.1 Absolventen eines Medizinstudiums je 100 000 Einwohner, 2007 (oder letztes verfügbares Jahr)

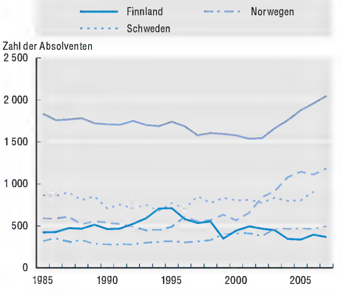


3.3.2 Absolventen eines Medizinstudiums je 1 000 Ärzte, 2007 (oder letztes verfügbares Jahr)



3.3.3 Absolute Zahl der Absolventen eines Medizinstudiums, ausgewählte OECD-Länder, 1985-2007





Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2009.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/803385101730

3.4. Im Ausland ausgebildete Ärzte

Die internationale Migration von Ärzten hat im Verlauf der letzten zehn Jahre bei den politischen Entscheidungsträgern große Aufmerksamkeit geweckt. 2007 schwankte der Anteil der im Ausland ausgebildeten Ärzte zwischen nur 3,1% in Frankreich (die Zahl dürfte allerdings unterzeichnet sein; vgl. „Definition und Abweichungen“) und nicht weniger als 33,6% in Irland (Abbildung 3.4.1). Hoch war dieser Anteil auch in Neuseeland und im Vereinigten Königreich, wo fast ein Drittel der Ärzte im Ausland ausgebildet ist. In Australien und den Vereinigten Staaten lag der entsprechende Anteil bei 22,8% (2006) bzw. 25,9%.

Die zwischen den Ländern zu beobachtenden Unterschiede erklären sich zu einem großen Teil aus Abweichungen bei den Migrationsmustern insgesamt und insbesondere bei der Migration von hochqualifizierten Kräften. Das Vereinigte Königreich und Neuseeland sind allerdings Sonderfälle, da der Anteil der im Ausland Geborenen unter den Arbeitskräften mit Tertiärabschluss in diesen beiden Ländern insgesamt wesentlich niedriger ist als unter den Ärzten (OECD, 2008e).

Die Migration von Ärzten hat in den letzten Jahren in vielen OECD-Ländern zugenommen. Änderungen der Zuwanderungspolitik ebenso wie die Einrichtung von Brückenkursen für die Anerkennung im Ausland erworbener Qualifikationen haben zu diesem Anstieg beigetragen, der Hauptantriebsfaktor für die Anwerbung von Kräften im Ausland war jedoch der ungedeckte Arbeitskräftebedarf in den Aufnahmeländern. Der in letzter Zeit zu beobachtende Ärztemangel ist auf die strengen Zulassungsbestimmungen zum Medizinstudium zurückzuführen, die in vielen OECD-Ländern im Verlauf der letzten Jahrzehnte eingeführt wurden (vgl. Indikator 3.3). Die jüngsten Anstrengungen zur Ausbildung einer größeren Zahl von Nachwuchsärzten dürften für eine Wende in dieser Entwicklung sorgen, auch wenn der Effekt u.U. erst in einigen Jahren zum Tragen kommen wird.

Der Anteil der im Ausland ausgebildeten Ärzte ist in den meisten OECD-Ländern gestiegen, teilweise ganz erheblich (Abbildung 3.4.2). In der Schweiz hat er sich fast verdoppelt, und in Irland ist er zwischen 2000 und 2007 auf das Dreifache angewachsen. Auch in Schweden und im Vereinigten Königreich war ein Anstieg um mehr als 5 Prozentpunkte zu verzeichnen. Kanada gehört zu den wenigen OECD-Ländern, in denen der Anteil der im Ausland ausgebildeten Ärzte seit 2000 gesunken ist (Dumont *et al.*, 2008).

Die Vereinigten Staaten sind das wichtigste Aufnahmeland, etwa die Hälfte der Ärzte im OECD-Raum, die ihren Beruf außerhalb ihres Herkunftslandes ausüben, sind dort beschäftigt. Die Vereinigten Staaten sind das einzige Land, das im Verhältnis zu allen anderen OECD-Ländern einen positiven Wanderungssaldo bei Ärzten aufweist. Die internationale Migration von Gesundheitsfachkräften ist im Allgemeinen durch vielfältige Wechselbeziehungen zwischen den verschiedenen OECD-Ländern geprägt. Fast 60% der ausländischen Ärzte, die in Neuseeland tätig sind, wurden in einem anderen OECD-Land ausgebildet. Im Vereinigten Königreich beträgt dieser Anteil 27%, in den Vereinigten Staaten 28%, in Kanada 42% und in den Niederlanden 90%.

Die Zusammensetzung der Migrationsströme nach Herkunftsland ist von einer Reihe von Faktoren abhängig, wie: *a)* der Bedeutung der bereits bestehenden Migrationsbeziehungen, *b)* der Sprache und *c)* der Anerkennung der beruflichen Qualifikationen. In Abbildung 3.4.3 ist die zugewanderte Ärztepopulation in den beiden wichtigsten Aufnahmeländern – in den Vereinigten Staaten und im Vereinigten Königreich – nach Ausbildungsländern aufgeschlüsselt. Auch hier zeigt sich wieder, dass ein großer Anteil auf andere OECD-Länder entfällt, zugleich wird aber auch die Bedeutung der Zuwanderungsströme aus großen Entwicklungsländern, insbesondere aus Indien und den Philippinen, sichtbar.

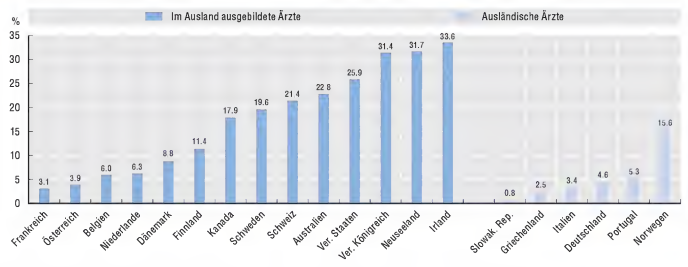
Für kleine Länder können diese Entwicklungen, selbst wenn in absoluter Rechnung nur eine geringe Zahl von Ärzten abwandert, große Auswirkungen auf das Gesundheitssystem haben. Frühere Arbeiten der OECD haben jedoch gezeigt, dass die Zahl der nach WTO-Schätzungen in den Entwicklungsländern fehlenden Gesundheitsfachkräfte bei weitem die Zahl der in OECD-Länder abgewanderten Gesundheitsfachkräfte übersteigt (OECD, 2007a). Somit ist in der internationalen Migration nicht die Hauptursache und in ihrer Verringerung nicht die Lösung der weltweiten Personalkrise im Gesundheitssektor zu sehen, auch wenn die Probleme in einigen Ländern durch sie zusätzlich verschärft werden. Daher setzt sich zunehmend die Erkenntnis durch, dass die Personalkrise im Gesundheitswesen ein globales Problem ist, das Industrie- und Entwicklungsländer gemeinsam lösen müssen (OECD und WHO, 2009).

Definition und Abweichungen

Die Daten beziehen sich auf die im Ausland ausgebildeten zugelassenen Ärzte. Für einige Länder liegen jedoch nur Daten zur Zahl der ausländischen Ärzte vor (ohne Angaben zum Ausbildungsort). Einige Länder erfassen in ihren Daten nur Ärzte mit allgemeiner Zulassung, während andere auch solche mit bedingten, befristeten oder eingeschränkten Zulassungen berücksichtigen. Da die zugewanderten Ärzte in letzteren Kategorien häufig überproportional stark vertreten sind, kann es in Ländern, in denen sie nicht berücksichtigt sind, zu einer erheblichen Untererfassung der im Ausland ausgebildeten Ärzte führen. Dies gilt insbesondere für Frankreich sowie in geringerem Umfang für Irland und Finnland.

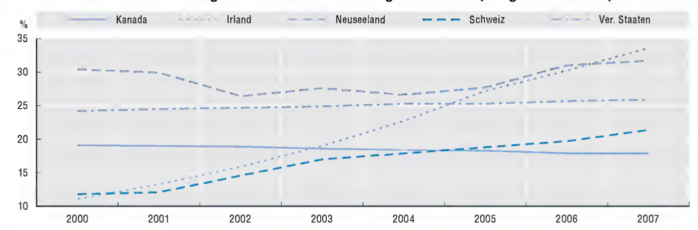
In den meisten Ländern wird der Anteil der im Ausland ausgebildeten Ärzte im Verhältnis zur Zahl der insgesamt zugelassenen Ärzte errechnet. In Frankreich, der Schweiz und dem Vereinigten Königreich ist dies jedoch nicht der Fall, dort wird die Zahl der praktizierenden Ärzte zu Grunde gelegt.

3.4.1 Anteil im Ausland ausgebildeter Ärzte, 2007 (oder letztes verfügbares Jahr)



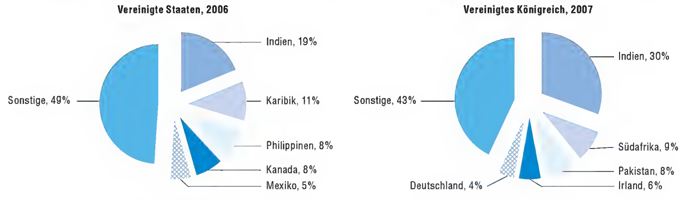
Quelle: Die Daten zu den im Ausland ausgebildeten Ärzten stammen aus *OECD-Gesundheitsdaten 2009*, die zu den ausländischen Ärzten aus OECD, *Internationaler Migrationsausblick 2007*.

3.4.2 Tendenzielle Entwicklung des Anteils im Ausland ausgebildeter Ärzte, ausgewählte Länder, 2000-07



Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2009.

3.4.3 Wichtigste Herkunftsländer im Ausland ausgebildeter Ärzte, Vereinigte Staaten und Vereinigtes Königreich



Quelle: OECD (*www.oecd.org/health/workforce*).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/803410737305

3.5. Vergütung von Ärzten (Allgemein- und Fachärzte)

Das Vergütungsniveau gehört zu den Faktoren, die über die Attraktivität der verschiedenen medizinischen Berufe entscheiden. Zudem hat es Auswirkungen auf die Höhe der Gesundheitsausgaben. Die Zusammenstellung vergleichbarer Daten zur Vergütung der Ärzte bereitet jedoch Schwierigkeiten, weil sich die Länder bei der Datenerfassung auf unterschiedliche Quellen stützen, die sich wiederum auf unterschiedliche Kategorien von Ärzten beziehen und häufig nicht alle Einkommensarten berücksichtigen (vgl. „Definition und Abweichungen"). Daher ist bei der Interpretation der Daten Vorsicht geboten.

Die Daten zur Vergütung der Ärzte sind nach Allgemeinärzten und Fachärzten aufgeschlüsselt, wobei deren Vergütungsniveau jeweils mit dem Durchschnittsverdienst in den einzelnen Ländern unter Berücksichtigung sämtlicher Beschäftigten verglichen wird. Bei der Vergütung der Allgemeinärzte reicht das Spektrum von einem 1,4-Fachen des Durchschnittsverdiensts in Ungarn bis zu einem 4,2-Fachen im Vereinigten Königreich (Abbildung 3.5.1; rechter Teil). Das relative Einkommensniveau der Fachärzte variiert zwischen einem 1,5-Fachen des Durchschnittsverdiensts für angestellte Fachärzte in Ungarn und einem 7,6-Fachen für *freiberufliche* Fachärzte in den Niederlanden. Die Vergütung der *angestellten* Fachärzte ist in den Niederlanden geringer, sie beläuft sich auf ein 3,5-Faches des Durchschnittsverdiensts (Abbildung 3.5.1; linker Teil). In den Vereinigten Staaten war das relative Einkommen von *freiberuflichen* Fachärzten 2001 (letztes verfügbares Jahr) 5,6-mal höher als der Durchschnittsverdienst und bei *angestellten* Fachärzten 4,1-mal höher.

In allen Ländern beziehen Allgemeinärzte ein geringeres Einkommen als Fachärzte. Besonders groß ist das Verdienstgefälle in Australien, Belgien und den Niederlanden, wo Allgemeinärzte weniger als halb so viel verdienen wie Fachärzte. Wesentlich geringer ist das Verdienstgefälle demgegenüber in Island und im Vereinigten Königreich.

In vielen Ländern ist die Vergütung von Fachärzten in den letzten fünf bis zehn Jahren rascher gestiegen als die von Allgemeinärzten, womit sich die Verdienstschere ausgeweitet hat (Abbildung 3.5.2). Dies war in Australien, Finnland, Frankreich und Ungarn zu beobachten. Im Vereinigten Königreich konnten sowohl Fachärzte als auch Allgemeinärzte in den vergangenen zehn Jahren ein starkes Einkommenswachstum verzeichnen, wobei die Zuwachsraten bei den Allgemeinärzten höher ausfielen als bei den Fachärzten. Dies ist auf die Einrichtung eines neuen Vertragsrahmens für Allgemeinärzte im Jahr 2004 zurückzuführen, der auf eine Anhebung der Zahl der Allgemeinärzte und eine Verbesserung der ärztlichen Grundversorgung durch stärkere finanzielle Anreize abzielte. Obwohl bei der Einführung dieses neuen Vertragsrahmens bereits mit einem Kostenanstieg gerechnet wurde, fielen die tatsächlichen Kosten in den ersten drei Jahren um 9,4% höher aus als veranschlagt. Dies löste im Vereinigten Königreich große Diskussionen darüber aus, in welchem Verhältnis die erzielten Verbesserungen zu diesen Zusatzkosten stehen (OECD, 2009d).

Ein Teil der im Ländervergleich zu beobachtenden Unterschiede bei der Höhe der Vergütung von Allgemein- und Fachärzten erklärt sich aus unterschiedlichen Vergütungsmodellen (z.B. Vergütungspauschalen, Einzelleistungsvergütungen, leistungsbezogene Vergütungen), aus der Lotsenfunktion der Allgemeinärzte („Gatekeeper"), aus unterschiedlichen Arbeitszeiten sowie aus der Zahl der Ärzte im Verhältnis zur Einwohnerzahl, insbesondere was Fachärzte anbelangt (Fujisawa und Lafortune, 2008).

Definition und Abweichungen

Die Daten zur Vergütung der Ärzte beziehen sich auf das durchschnittliche jährliche *Bruttoeinkommen*, einschließlich der vom Arbeitnehmer zu entrichtenden Sozialversicherungsbeiträge und Einkommensteuern. Sie umfassen normalerweise auch sämtliche zusätzlichen formellen Zahlungen wie Prämien und Zahlungen für Nachtschichten, Bereitschaftsdienstzulagen und Überstundenvergütung, jedoch nicht die Praxisausgaben freiberuflicher Ärzte.

Unzulänglichkeiten beim Datenmaterial führen in einigen Ländern zu einer Untererfassung der Vergütungsniveaus: 1. In manchen Ländern sind Überstundenzahlungen und Sozialversicherungsbeiträge nicht berücksichtigt (in Österreich, in Irland für Fachärzte, in Mexiko, in den Niederlanden für angestellte Fachärzte, in Neuseeland, Schweden und der Schweiz). 2. In einigen Ländern werden die Einkommen aus Privatpraxen angestellter Ärzte nicht erfasst. 3. Ebenfalls nicht berücksichtigt sind informelle Zahlungen, wie sie in manchen Ländern üblich sind (z.B. in Griechenland, Ungarn und Mexiko). 4. In Griechenland, Ungarn und Mexiko beziehen sich die Daten nur auf im öffentlichen Sektor angestellte Ärzte, die in der Regel weniger verdienen als ihre im privaten Sektor tätigen Kollegen.

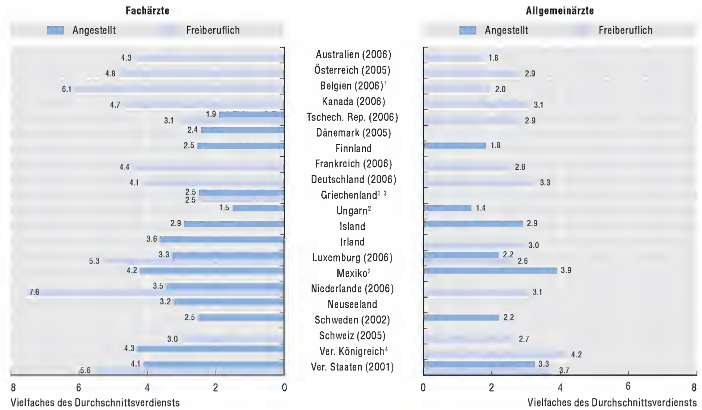
Im Fall einiger Länder sind in den Daten auch Teilzeitkräfte erfasst (in Australien, Österreich, Belgien, Luxemburg, Mexiko, der Schweiz, im Vereinigten Königreich für Fachärzte und in den Vereinigten Staaten), während in anderen Ländern nur auf Vollzeitbasis beschäftigte Ärzte berücksichtigt sind.

In Belgien werden die Praxisausgaben freiberuflicher Ärzte nicht ausgeklammert, was zu einer Überzeichnung ihres Einkommens führt.

Die Vergütung von Ärzten wird im Allgemeinen mit dem Durchschnittsverdienst der Vollzeitkräfte aller Wirtschaftssektoren der jeweiligen Länder verglichen; in Island, Mexiko und Neuseeland wird jedoch der Durchschnittsverdienst in ausgewählten Industriebranchen als Vergleichsmaßstab verwendet.

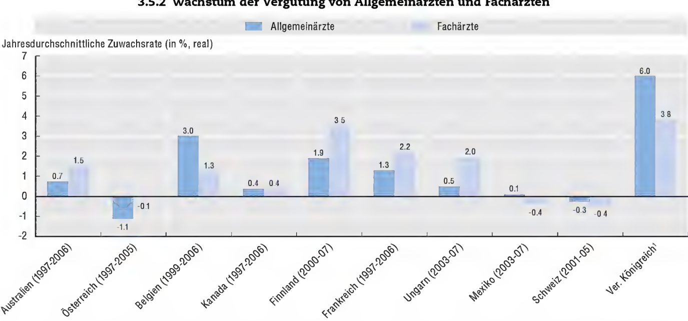


3.5.1 Vergütung von Ärzten im Verhältnis zum Durchschnittsverdienst, 2007 (oder letztes verfügbares Jahr)



1. Die Daten enthalten Praxisausgaben, was zu einer Überzeichnung führt.
2. Die Daten zu den angestellten Ärzten beziehen sich nur auf Beschäftigte des öffentlichen Sektors, die in der Regel weniger verdienen als ihre Kollegen im privaten Sektor.
3. Die Angaben für angestellte Fachärzte beziehen sich auf 2005, die für freiberufliche Fachärzte auf 2004.
4. Die Angaben für freiberufliche Allgemeinärzte beziehen sich auf 2006, die für angestellte Fachärzte auf 2007.

3.5.2 Wachstum der Vergütung von Allgemeinärzten und Fachärzten



1. Die Angaben zur Vergütung freiberuflicher Allgemeinärzte beziehen sich auf 1997-2006, die für angestellte Fachärzte auf 1998-2007.

Quelle: *OECD-Gesundheitsdaten* 2009 für die Vergütung der Ärzte; *OECD Employment Outlook* 2009 und *OECD Taxing Wages* 2009 für die Durchschnittsverdienste.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/803443212858

3.6. Gynäkologen, Geburtshilfeärzte und Hebammen

Gynäkologen befassen sich mit den spezifischen Körperfunktionen und Krankheiten von Frauen, insbesondere solchen, die die Fortpflanzungsorgane betreffen, während Geburtshilfeärzte auf die Betreuung von Schwangerschaften und Geburten spezialisiert sind. Viele Frauenärzte sind in beiden Bereichen tätig, und die in diesem Abschnitt wiedergegebenen Daten ermöglichen keine Differenzierung zwischen den beiden Fachrichtungen. Hebammen bzw. Entbindungspfleger betreuen und beraten Frauen in komplikationsfreien Fällen während der Schwangerschaft, den Wehen und der Entbindung sowie im Wochenbett. Sie betreuen Geburten eigenverantwortlich oder in Zusammenarbeit mit Ärzten und Krankenpflegern.

In Ländern mit einem „medikalisierten" Ansatz in der Schwangerschaftsbetreuung wird fast die gesamte Versorgung von Geburtshilfeärzten gewährleistet. Wo ein weniger ärztlich ausgerichteter Ansatz verfolgt wird, tragen ausgebildete Hebammen bzw. Entbindungspfleger die Hauptverantwortung, häufig in Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsfachkräften wie Allgemeinärzten, wobei Geburtshilfeärzte allerdings hinzugezogen werden, falls Komplikationen auftreten. Unabhängig von der in den einzelnen Ländern jeweils üblichen Arbeitsteilung war dank der im Bereich der pränatalen Beratung und der Schwangerschaftsüberwachung sowie der Geburtshilfe bei Risikogeburten erzielten Fortschritte in den letzten Jahrzehnten in allen OECD-Ländern ein deutlicher Rückgang der perinatalen Mortalität festzustellen.

Am höchsten ist die Zahl der Gynäkologen und Geburtshilfeärzte je 100 000 Frauen in Griechenland, der Tschechischen Republik, der Slowakischen Republik, Deutschland und Österreich (Abbildung 3.6.1). Hier handelt es sich durchgehend um Länder, in denen die Hauptverantwortung für die pränatale Versorgung und die Geburtsbetreuung bei Geburtshilfeärzten liegt. Am geringsten ist die Zahl der Gynäkologen und Geburtshilfeärzte im Verhältnis zur Zahl der Frauen in Irland, den Niederlanden, Neuseeland und Kanada.

Seit 1995 ist die Zahl der Gynäkologen und Geburtshilfeärzte je 100 000 Frauen in den meisten Ländern gestiegen: In diesem Zeitraum war eine jahresdurchschnittliche Zuwachsrate von knapp über 1% zu verzeichnen. In Kanada, Frankreich, Irland und den Vereinigten Staaten ist die Zahl der Gynäkologen und Geburtshilfeärzte im Verhältnis zur Zahl der Frauen weitgehend unverändert geblieben (Abbildung 3.6.2).

Die Zahl der Hebammen/Entbindungspfleger je 100 000 Frauen ist in Australien, Island und Schweden am höchsten (Abbildung 3.6.3). In den letztgenannten nordischen Ländern übernehmen Hebammen bzw. Entbindungspfleger häufig die Hauptverantwortung für die pränatale Versorgung und die Betreuung normaler Geburten (Johanson, 2002). Am niedrigsten ist die Zahl der Hebammen/Entbindungspfleger je 100 000 Frauen in den Vereinigten Staaten, Kanada und Korea. In Kanada und den Vereinigten Staaten ist die Zahl der Hebammen bzw. Entbindungspfleger seit 1995 rasch gestiegen, bewegt sich im Vergleich zu den meisten anderen OECD-Ländern aber immer noch auf sehr niedrigem Niveau (Abbildung 3.6.4). In Ungarn ist die Zahl der Hebammen/Entbindungspfleger im Verhältnis zur Zahl der Frauen gesunken, wobei der Großteil dieses Rückgangs zwischen 2006 und 2007 erfolgte, als die Bettenzahl in den Entbindungsstationen im Rahmen einer Gesundheitsreform um über ein Drittel gesenkt wurde. In der Tschechischen Republik ist die Zahl der Hebammen/Entbindungspfleger je 100 000 Frauen ebenfalls zurückgegangen, was sich aber z.T. aus einer Änderung in der Methode zur Erfassung der Hebammen nach der Verabschiedung eines neuen Gesetzes im Jahr 2004 erklärt.

Die Aufgabenverteilung zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen hat direkte und indirekte Auswirkungen auf die Kosten der pränatalen Versorgung und der Geburtsbetreuung. Wo stärker auf Hebammen/Entbindungspfleger vertraut wird, sind die Kosten im Allgemeinen geringer. Dies ist z.T. auf die kürzere Ausbildungsdauer zurückzuführen, die sich wiederum in einer niedrigeren Vergütung für Hebammen im Vergleich zu Gynäkologen und Geburtshilfeärzten niederschlägt. Zudem können Geburtshilfeärzte dazu tendieren, stärker „medikalisierte" Leistungen anzubieten. Eine in neun europäischen Ländern durchgeführte Studie ergab, dass die Entbindungskosten jeweils in solchen Ländern und Krankenhäusern geringer sind, die mehr Hebammen/Entbindungspfleger als Geburtshilfeärzte beschäftigen (Bellanger und Or, 2008).

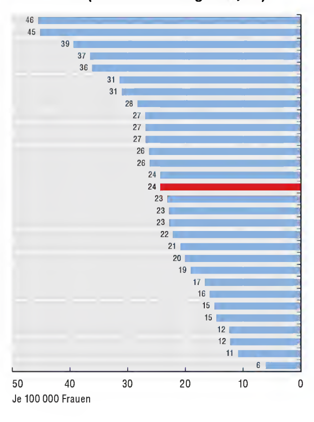
Es gibt kaum Belege dafür, dass Systeme, in denen Hebammen/Entbindungspfleger eine größere Rolle spielen, weniger effektiv sind. Eine zusammenfassende Untersuchung einer Reihe von Studien ergab, dass Hebammen im Fall normal verlaufender Schwangerschaften eine ebenso effektive pränatale Versorgung und Beratung gewährleisten wie Geburtshilfeärzte (Di Mario *et al.*, 2005), wenngleich letztere bei Komplikationen hinzugezogen werden müssen. Einzelne Daten aus den Vereinigten Staaten deuten darauf hin, dass die Ergebnisse in Bezug auf die neonatale Sterblichkeit bei von Hebammen/Entbindungspflegern betreuten Geburten besser sind (Miller, 2006).

Definition und Abweichungen

In der Zahl der Gynäkologen und Geburtshilfeärzte sind beide Fachrichtungen zusammengefasst.

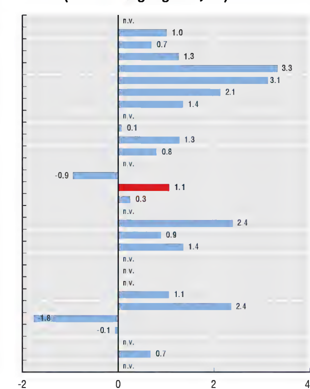
Die Daten für Gynäkologen, Geburtshilfeärzte sowie Hebammen/Entbindungspfleger beruhen auf einfachen Zählungen ohne Berücksichtigung von Unterschieden zwischen Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigungen.

3.6.1 Gynäkologen/Geburtshilfeärzte je 100 000 Frauen, 2007 (oder letztes verfügbares Jahr)

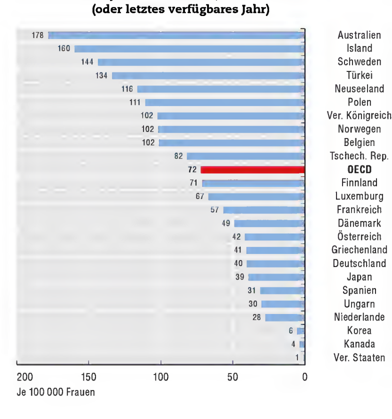


Griechenland
Tschech. Rep.
Slowak. Rep.
Deutschland
Österreich
Schweiz
Mexiko
Luxemburg
Polen
Ver. Staaten
Schweden
Portugal
Belgien
Ungarn
OECD
Frankreich
Island
Norwegen
Spanien
Finnland
Korea
Ver. Königreich
Türkei
Australien
Dänemark
Japan
Kanada
Neuseeland
Niederlande
Irland

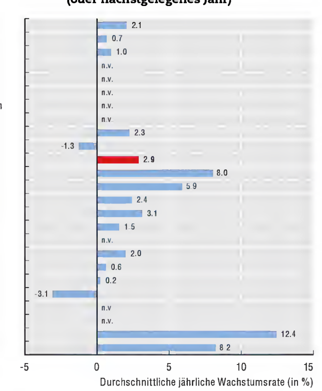
3.6.2 Veränderung der Zahl der Gynäkologen/Geburtshilfeärzte je 100 000 Frauen, 1995-2007 (oder nächstgelegenes Jahr)



3.6.3 Hebammen/Entbindungspfleger je 100 000 Frauen, 2007 (oder letztes verfügbares Jahr)



3.6.4 Veränderung der Zahl der Hebammen/Entbindungspfleger je 100 000 Frauen, 1995-2007 (oder nächstgelegenes Jahr)



Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2009.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/803450873650

3.7. Psychiater

Regelmäßig geben etwa 10% der Erwachsenenbevölkerung an, unter einer psychischen oder Verhaltensstörung zu leiden (WHO, 2001). Menschen mit psychischen Problemen können bei einer Reihe von Gesundheitsberufen Hilfe finden, darunter u.a. Allgemeinärzten, Psychiatern, Psychologen, Psychotherapeuten, Sozialarbeitern und spezialisierten Krankenpflegekräften. Eine 2005-06 in Europa durchgeführte Bevölkerungsumfrage ergab, dass im Durchschnitt der EU-Länder 13% der Bevölkerung laut eigenen Angaben in den zwölf Monaten vor der Befragung wegen psychischer oder emotionaler Gesundheitsprobleme professionelle Hilfe in Anspruch genommen hatten (*Eurobarometer*, 2006). Zwei Drittel (67%) davon wandten sich an Allgemeinärzte, 15% an Psychiater und weitere 15% an Psychologen (Abbildung 3.7.3).

Dieser Abschnitt befasst sich mit einer bestimmten Kategorie auf psychische Störungen spezialisierter Gesundheitsberufe, den Psychiatern, da zu anderen Berufsgruppen, wie z.B. Psychologen, weniger Daten vorliegen. Psychiater sind für die Diagnose und Behandlung einer Vielzahl schwerer psychischer Störungen zuständig, wie Depressionen, Lernbehinderungen, Alkoholismus und Drogenabhängigkeit, Essstörungen und Persönlichkeitsstörungen wie Schizophrenie. Die Zahl der Psychiater liegt in den meisten OECD-Ländern bei 10-20 je 100 000 Einwohner. Am höchsten ist sie in der Schweiz, in einigen nordischen Ländern (Island und Norwegen) sowie in Frankreich. Am niedrigsten ist sie in der Türkei, Korea, Polen, Ungarn und Spanien (Abbildung 3.7.1).

Die Zahl der Psychiater ist seit 1995 in den meisten OECD-Ländern, für die Daten vorliegen, gestiegen. Besonders deutlich war dieser Anstieg in Luxemburg, der Schweiz, Deutschland und Österreich. Keine Zunahme der Zahl der Psychiater war demgegenüber seit 1995 in Frankreich, Ungarn, Portugal und den Vereinigten Staaten zu verzeichnen (Abbildung 3.7.2). In Frankreich wurde der stärkste Anstieg in den 1970er Jahren beobachtet.

Wie viele andere Berufsgruppen auch sind Psychiater innerhalb der einzelnen Länder ungleichmäßig auf die verschiedenen Regionen verteilt, wobei in einigen Regionen eine Unterversorgung festzustellen ist. In Australien z.B. ist die Zahl der Psychiater im Verhältnis zur Einwohnerzahl in großen Städten siebenmal höher als in entlegenen Gegenden (AIHW, 2008b).

Welche Rolle den Psychiatern zugewiesen wird, unterscheidet sich von Land zu Land. In Spanien z.B. hat man sich bewusst für eine enge Zusammenarbeit zwischen Psychiatern und Allgemeinärzten entschieden. Daher suchen Personen mit psychischen Problemen dort – trotz der relativ geringen Zahl an Psychiatern – häufiger Psychiater auf als in Ländern, in denen diese Berufsgruppe stärker vertreten ist. Dies erklärt sich daraus, dass sie häufiger von ihrem Allgemeinarzt zu einem Psychiater überwiesen werden (Kovess-Masfety, 2007).

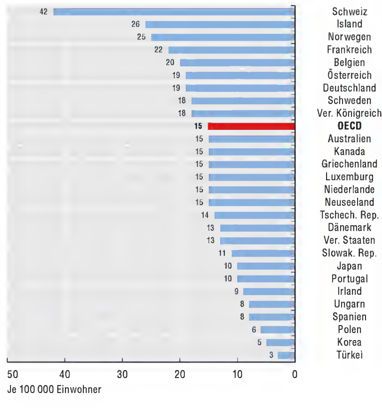
Die Rolle, die sonstige auf psychische Probleme spezialisierte Gesundheitsfachkräfte, wie z.B. Psychologen, spielen, unterscheidet sich ebenfalls von Land zu Land. In den Niederlanden z.B. gibt es eine große Zahl von Psychologen, die von den Krankenkassen erstattete Behandlungen anbieten. In anderen Ländern, z.B. in Frankreich, gibt es weniger Psychologen, und die Kosten von Konsultationen bei Psychologen werden auch nicht von der staatlichen Krankenversicherung übernommen (Kovess-Masfety, 2007).

Definition und Abweichungen

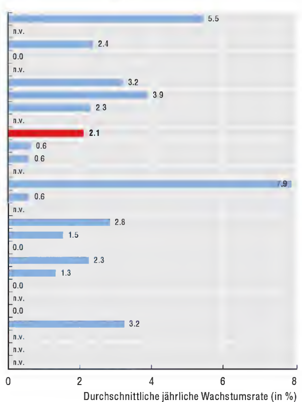
Psychiater sind Ärzte, die auf die Prävention, Diagnose und Behandlung psychischer Krankheiten spezialisiert sind. Sie haben eine Postgraduierten-Ausbildung in Psychiatrie und können eine Zusatzausbildung in einer bestimmten psychiatrischen Fachrichtung absolviert haben, wie Neuropsychiatrie oder Kinderpsychiatrie. Psychiater können Medikamente verschreiben, was Psychologen in den meisten Ländern nicht gestattet ist.

Die Daten beziehen sich in der Regel auf Psychiater, Neuropsychiater und Kinderpsychiater. Psychologen sind ausgeklammert. Die Daten stützen sich auf einfache Zählungen ohne Berücksichtigung von Unterschieden zwischen Vollzeit- oder Teilzeitbeschäftigungen.

3.7.1 Psychiater je 100 000 Einwohner, 2007 (oder letztes verfügbares Jahr)

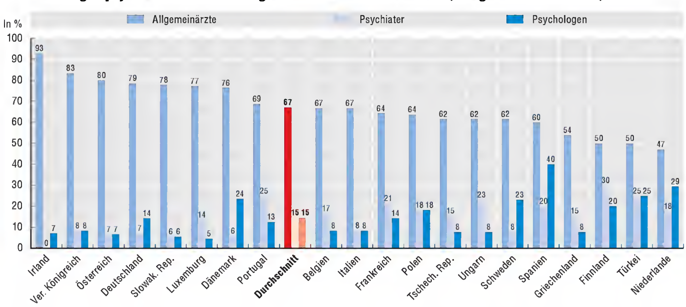


3.7.2 Veränderung der Zahl der Psychiater je 100 000 Einwohner, 1995-2007 (oder nächstgelegenes Jahr)



Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2009.

3.7.3 Wegen psychischer Probleme aufgesuchte Gesundheitsfachkräfte, ausgewählte EU-Länder, 2005-06



Anmerkung: Folgende Frage wurde gestellt: „Haben Sie während der letzten 12 Monate auf Grund psychischer oder emotionaler Gesundheitsprobleme professionelle Hilfe in Anspruch genommen? Falls ja, sagen Sie mir bitte anhand dieser Liste, bei wem Sie Hilfe gesucht haben." Für den letzten Teil der Frage waren Mehrfachantworten möglich.

Quelle: *Eurobarometer*, Dezember 2005 bis Januar 2006.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/803480416630

3.8. Praktizierende Krankenpflegekräfte

Die Krankenpflegekräfte bilden gewöhnlich die größte Berufsgruppe im Gesundheitsbereich, ihre Anzahl übersteigt in den meisten OECD-Ländern bei weitem die der Ärzte. Krankenpflegekräfte spielen eine entscheidende Rolle bei der Erbringung medizinischer Leistungen, nicht nur in den herkömmlichen Einrichtungen wie Krankenhäusern und Langzeitpflegeheimen, sondern zunehmend auch bei der Primärversorgung (vor allem in der Pflege und Betreuung von chronisch Kranken) und bei häuslichen Pflegediensten. In vielen Ländern herrscht jedoch Besorgnis über einen Mangel an Krankenpflegekräften, und diese Besorgnis könnte in Zukunft noch zunehmen, wenn die Nachfrage nach Krankenpflegekräften weiter steigt und es mit der Alterung der geburtenstarken Jahrgänge zu einer Verrentungswelle unter Krankenpflegekräften kommt. Daher wurden in vielen Ländern Maßnahmen eingeleitet, die darauf abzielen, mehr Nachwuchskräfte auszubilden, was durch Anstrengungen flankiert wird, um den Verbleib von praktizierenden Pflegekräften im Beruf zu sichern (OECD, 2008e).

Dieser Abschnitt enthält Daten zur Zahl der praktizierenden Krankenpflegekräfte, wobei gegebenenfalls zwischen „vollqualifizierten" und „qualifizierten" Krankenpflegekräften unterschieden wird (diese Kategorien laufen in den verschiedenen Ländern unter unterschiedlichen Bezeichnungen). 2007 war die Krankenpflegerdichte in Norwegen mit über 30 Krankenpflegekräften je 1 000 Einwohner am höchsten, gefolgt von Irland mit über 15; an letzter Stelle kamen die Türkei und Mexiko mit etwa zwei Krankenpflegekräften je 1 000 Einwohner (Abbildung 3.8.2). Der OECD-Durchschnitt lag bei 9,6 Krankenpflegekräften je 1 000 Einwohner.

In Norwegen handelt es sich bei über der Hälfte der Krankenpflegekräfte um „qualifizierte Pflegekräfte", die nur über einen Sekundarabschluss verfügen und hauptsächlich im sozialen Bereich tätig sind. In vielen anderen Ländern hingegen, z.B. im Vereinigten Königreich und in den Vereinigten Staaten, handelt es sich bei der überwiegenden Mehrzahl der Krankenpflegekräfte um „vollqualifizierte" Kräfte. In einigen Ländern, wie Frankreich, Portugal und Polen, gibt es die Kategorie der „qualifizierten Pflegekräfte" nicht; die vollqualifizierten Krankenpflegekräfte können dort jedoch durch Hilfskräfte unterstützt werden, die allerdings nicht über einen anerkannten Qualifikationsnachweis als Krankenpflegekräfte verfügen.

Die Zahl der Krankenpflegekräfte je 1 000 Einwohner ist im OECD-Raum zwischen 2000 und 2007 um durchschnittlich 1,4% pro Jahr gestiegen (Abbildung 3.8.2). In Australien, den Niederlanden und der Slowakischen Republik ist die Zahl der Krankenpflegekräfte im Verhältnis zur Einwohnerzahl seit 2000 (im Fall der Niederlande seit 2004) effektiv zurückgegangen. In Kanada, wo die Zahl der Krankenpflegekräfte im Verhältnis zur Einwohnerzahl in den 1990er Jahren rückläufig war, ist seit einigen Jahren wieder ein Anstieg zu verzeichnen, nachdem Anstrengungen unternommen wurden, um mehr Krankenpflegekräfte auszubilden (vgl. Indikator 3.9 „Pflegerischer Nachwuchs").

Innerhalb der Gruppe der OECD-Länder ist die absolute Zahl der Krankenpflegekräfte in den Vereinigten Staaten mit fast 3 Millionen „vollqualifizierten" und über 700 000 „qualifizierten" Krankenpflegekräften am höchsten, die Nachfrage nach Krankenpflegekräften ist dort aber dennoch weiter im Steigen begriffen (Aiken und Cheung, 2008). Sofern keine größeren Anstrengungen unternommen werden, um mehr Krankenpflegekräfte auszubilden, werden in den Vereinigten Staaten im Jahr 2020 voraussichtlich eine Million Pflegekräfte fehlen (HRSA, 2004). Einige Maßnahmen wurden bereits ergriffen, um die Zahl der Absolventen von Krankenpflegeschulen zu erhöhen (vgl. Indikator 3.9).

Die Relation Pflegekräfte/Ärzte reichte 2007 von über fünf Pflegekräften je Arzt in Norwegen und Irland bis zu weniger als einer Pflegekraft je Arzt in Griechenland (Abbildung 3.8.3). Auch in anderen südeuropäischen Ländern (Portugal, Italien und Spanien) ist die Zahl der Krankenpflegekräfte im Verhältnis zur Zahl der Ärzte relativ gering. Der Durchschnitt liegt im OECD-Raum bei knapp über drei Krankenpflegekräften je Arzt, wobei sich das Verhältnis in der Mehrzahl der Länder bei zwei bis vier Krankenpflegekräften je Arzt bewegt. In Griechenland und Italien gibt es Belege für eine Überversorgung mit Ärzten und eine Unterversorgung mit Krankenpflegekräften, was sich in einer ineffizienten Mittelallokation niederschlägt (OECD, 2009c; Chaloff, 2008).

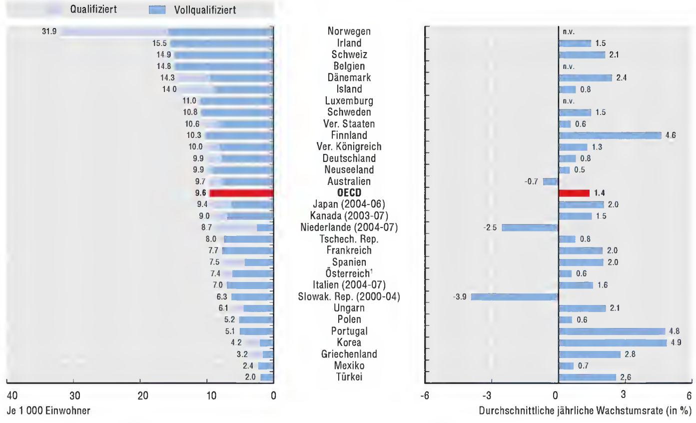
Definition und Abweichungen

Als praktizierende Krankenpflegekräfte gelten in öffentlichen und privaten Einrichtungen der Gesundheitsversorgung tätige Kräfte, einschließlich freiberuflicher Kräfte, die Patienten direkt betreuen. In den meisten Ländern beziehen sich die Zahlen auf „vollqualifizierte Kräfte", die einen höheren Bildungsabschluss haben und anspruchsvollere Aufgaben erledigen, sowie auf „qualifizierte Kräfte", deren Ausbildungsniveau geringer ist, bei denen es sich aber ebenfalls um examinierte, anerkannte Pflegekräfte handelt. Hebammen/Entbindungspfleger, Hilfskräfte ohne anerkannten Qualifikationsnachweis als Krankenpflegekraft sowie in Verwaltung und Forschung tätige Krankenpflegekräfte sind in den Zahlen normalerweise nicht enthalten.

Rund die Hälfte der OECD-Länder bezieht jedoch Hebammen in ihre Zahlen ein, da diese als spezialisierte Krankenpflegekräfte gelten, und in einer Reihe von Ländern werden auch nichtpraktizierende Krankenpflegekräfte berücksichtigt, die in Verwaltung oder Forschung beschäftigt sind (was zu einer Überzeichnung führt). In Österreich werden nur Krankenpflegekräfte erfasst, die in Krankenhäusern beschäftigt sind, was in einer Unterzeichnung resultiert. In den Zahlen für Deutschland sind rd. 250 000 Pflegekräfte (zusätzliche 30%) nicht enthalten, die eine dreijährige Ausbildung absolviert haben und in der Altenpflege tätig sind.

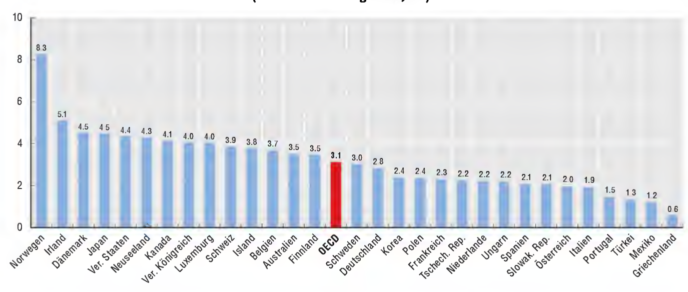
3.8.1 Praktizierende Krankenpflegekräfte je 1 000 Einwohner, 2007 (oder letztes verfügbares Jahr)

3.8.2 Veränderung der Zahl der praktizierenden Krankenpflegekräfte je 1 000 Einwohner, 2000-07



1. Österreich macht nur Angaben zur Zahl der in Krankenhäusern beschäftigten Kräfte.

3.8.3 Zahlenmäßiges Verhältnis praktizierende Krankenpflegekräfte/praktizierende Ärzte, 2007 (oder letztes verfügbares Jahr)



Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2009.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/803484210733

3.9. Pflegerischer Nachwuchs

Aus Besorgnis über bereits bestehenden oder drohenden Mangel an Krankenpflegekräften sahen sich viele OECD-Länder in den letzten Jahren veranlasst, Schritte einzuleiten, um die Zahl der Absolventen von Krankenpflegeschulen zu erhöhen. Mehr Investitionen in die Ausbildung von Krankenpflegekräften sind nicht zuletzt deshalb wichtig, weil die Berufsgruppe der Krankenpflegekräfte in vielen Ländern altert und die geburtenstarken Jahrgänge sich dem Rentenalter nähern.

Im Durchschnitt der OECD-Länder kamen 2007 36 neu examinierte Krankenpflegekräfte auf 100 000 Einwohner (Abbildung 3.9.1). Am höchsten war diese Zahl in der Slowakischen Republik, Norwegen und der Schweiz. In der Slowakischen Republik schlossen 2007 wesentlich mehr Nachwuchskräfte eine Krankenpflegeausbildung ab als in den Vorjahren, worin sich die jüngsten Anstrengungen zur Erhöhung der Zahl der Krankenpflegekräfte widerspiegeln. In Norwegen und der Schweiz lagen die Absolventenquoten seit Mitte der 1980er Jahre durchgehend über dem OECD-Durchschnitt, was erklärt, warum die Zahl der Krankenpflegekräfte im Verhältnis zur Einwohnerzahl dort höher ist (vgl. Indikator 3.8). In der Türkei, Griechenland und Italien, drei Ländern mit einer im Verhältnis zur Einwohnerzahl relativ geringen Zahl an Krankenpflegekräften, sind die Absolventenquoten hingegen traditionell niedrig. In Luxemburg sind sie ebenfalls niedrig, eine große Zahl von Krankenpflegekräften wird dort jedoch im Ausland ausgebildet.

Die institutionellen Voraussetzungen zur Ausbildung von Pflegekräften unterscheiden sich von einem OECD-Land zum anderen. In einigen Ländern wird dezentral über die Zahl der auszubildenden Kräfte entschieden, ohne dass Obergrenzen vorgegeben wären. Dies ist in Belgien, den Niederlanden, Norwegen, Neuseeland und den Vereinigten Staaten der Fall; in den Vereinigten Staaten haben die auf Ebene der Bundesstaaten getroffenen Entscheidungen über die öffentlichen Mittelbewilligungen für Krankenpflegeschulen allerdings direkte Auswirkungen auf die Zulassungskapazitäten dieser Einrichtungen. In den meisten Ländern ist die Zulassung zur Krankenpflegeausbildung hingegen reglementiert (OECD, 2008e).

Bezogen auf die aktuelle Zahl der Krankenpflegekräfte kamen 2007 im OECD-Durchschnitt 42 neu examinierte Krankenpflegekräfte auf 1 000 praktizierende Kräfte (Abbildung 3.9.2). Eine im Verhältnis zur Zahl der praktizierenden Krankenpflegekräfte hohe Zahl an Neuabsolventen von Krankenpflegeschulen war in der Slowakischen Republik, in Korea und Portugal zu verzeichnen, was die beiden letztgenannten Länder anbelangt, erklärt sich dies jedoch z.T. aus der relativ geringen Zahl praktizierender Krankenpflegekräfte. Am niedrigsten ist die Zahl der Neuabsolventen von Krankenpflegeausbildungen in Luxemburg, dies wird aber durch den „Import" von im Ausland ausgebildeten Kräften kompensiert. Gering ist die Zahl der Neuabsolventen von Krankenpflegeausbildungen auch in Irland, wo ein Teil des Personalbedarfs ebenfalls durch Zuwanderung gedeckt wird (OECD, 2007a).

In Italien führte die Besorgnis über bereits bestehende oder drohende Personalengpässe in den letzten Jahren zu einer deutlichen Anhebung der Zahl der Zulassungen zu universitären Krankenpflegeausbildungen, was sich in einem Anstieg der Zahl der neu examinierten Krankenpflegekräfte von weniger als 6 000 im Jahr 2002 auf über 10 000 im Jahr 2007 niederschlug. Dies könnte jedoch noch nicht ausreichend sein, um die aktuelle und künftige Nachfrage zu decken, da Schätzungen zufolge jährlich 13 000-17 000 Pflegekräfte aus dem Beruf ausscheiden (Chaloff, 2008).

In vielen OECD-Ländern ist seit dem Jahr 2000 ein Anstieg der Zahl der Absolventen von Krankenpflegeausbildungen festzustellen (Abbildung 3.9.3). Dies gilt z.B. für Frankreich, Norwegen, die Schweiz und die Vereinigten Staaten. In den Vereinigten Staaten sind im Bundeshaushalt für das Fiskaljahr 2010 zusätzliche Mittelbewilligungen vorgesehen, um die Ausbildungskapazitäten von Krankenpflegeschulen zu erhöhen (Office of Management and Budget, 2009).

In Dänemark ist die Zahl der Absolventen von Krankenpflegeausbildungen zwischen 2000 und 2007 weitgehend unverändert geblieben, die Kapazitäten der Krankenpflegeschulen wurden auf Grund eines offenbar bestehenden Pflegekräftemangels seit 2007 jedoch ebenfalls um 10% ausgeweitet (OECD, 2008b). In Japan ist die Zahl der Absolventen von Krankenpflegeausbildungen zwischen 2000 und 2007 zurückgegangen, was der Verringerung der Zahl der Krankenpflegeschulen und der Zulassungskapazitäten zuzuschreiben war. Seit 2006 ist jedoch eine Wende in diesem rückläufigen Trend festzustellen, so dass die Zahl der Absolventen von Krankenpflegeausbildungen in den kommenden Jahren wieder steigen dürfte (Japanese Nursing Association, 2009).

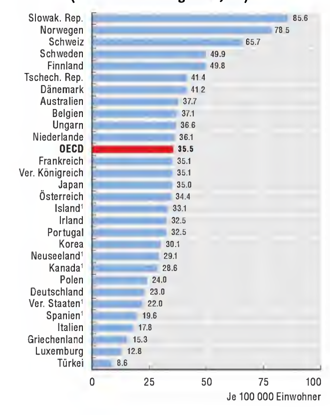
Definition und Abweichungen

Die Zahl der neu examinierten Krankenpflegekräfte bezieht sich auf die Zahl der Personen, die zum Abschluss ihrer Ausbildung einen anerkannten Qualifikationsnachweis erhalten, der Voraussetzung für die Zulassung als staatlich geprüfte Krankenpflegekraft ist. Nicht erfasst sind in dieser Kategorie Krankenpflegekräfte, die einen Master- oder Promotionsstudiengang abschließen, um die Doppelerfassung von Personen zu vermeiden, die eine Zusatzausbildung absolvieren.

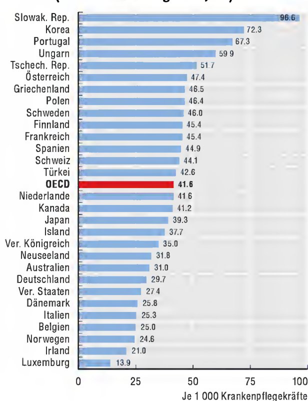
In den von Kanada, Island, Neuseeland, Spanien und den Vereinigten Staaten gelieferten Angaben sind Absolventen weniger anspruchsvoller Krankenpflegeausbildungen nicht enthalten, was auch für die Absolventen der dreijährigen Altenpflegeausbildung in Deutschland gilt und zu einer Unterzeichnung der Absolventenzahlen im Verhältnis zur Einwohnerzahl führt. Bei der Berechnung der Zahl der neu examinierten Pflegekräfte im Verhältnis zur Zahl der praktizierenden Kräfte werden in Nenner und Zähler jedoch dieselben Kategorien von Krankenpflegekräften berücksichtigt, womit eine Unterzeichnung vermieden werden kann.

Im Vereinigten Königreich sind ausländische Absolventen von Krankenpflegeausbildungen nicht berücksichtigt.

3.9.1 Neu examinierte Krankenpflegekräfte je 100 000 Einwohner, 2007 (oder letztes verfügbares Jahr)

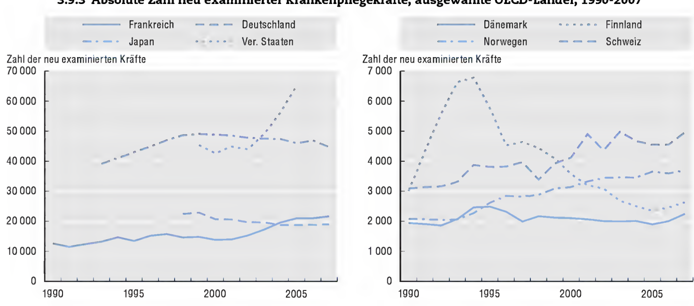


3.9.2 Neu examinierte Krankenpflegekräfte je 1 000 praktizierende Kräfte, 2007 (oder letztes verfügbares Jahr)



1. In den von Kanada, Island, Neuseeland, Spanien und den Vereinigten Staaten gelieferten Angaben sind Absolventen weniger anspruchsvoller Krankenpflegeausbildungen nicht enthalten, was zu einer Unterzeichnung der Absolventenzahlen im Verhältnis zur Einwohnerzahl führt (Abbildung 3.9.1). Bei der Berechnung des Verhältnisses zwischen den neu examinierten und den bereits praktizierenden Kräften (Abbildung 3.9.2) werden jedoch nur vollqualifizierte Kräfte berücksichtigt, um eine etwaige Unterzeichnung zu vermeiden.

3.9.3 Absolute Zahl neu examinierter Krankenpflegekräfte, ausgewählte OECD-Länder, 1990-2007



Quelle: *OECD-Gesundheitsdaten 2009.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/803506115462

3.10. Vergütung von Krankenpflegekräften

Das Vergütungsniveau von Krankenpflegekräften ist einer der Faktoren, die über die Arbeitszufriedenheit der Betroffenen und die Attraktivität des Berufs entscheiden. Es hat zudem direkte Auswirkungen auf das Kostenniveau, da die Löhne und Gehälter einer der größten Ausgabenposten im Gesundheitswesen sind.

Die Zusammenstellung vergleichbarer Daten zur Vergütung von Krankenpflegekräften ist jedoch schwierig, weil sich die einzelnen Länder bei der Datenerfassung auf unterschiedliche Quellen stützen, in denen wiederum unterschiedliche Kategorien von Krankenpflegekräften erfasst sind. Die in diesem Abschnitt vorgestellten Daten beziehen sich im Allgemeinen auf die Vergütung von in Krankenhäusern beschäftigten Kräften, in einigen Ländern ist der Erfassungsbereich jedoch anders abgegrenzt (vgl. „Definition und Abweichungen"). Bei der Interpretation der Daten ist daher Vorsicht geboten.

Die Daten zur Vergütung von Krankenpflegekräften werden auf zweierlei Weise dargestellt. Zunächst werden sie mit dem Durchschnittsverdienst in den betreffenden Ländern unter Berücksichtigung sämtlicher Beschäftigten verglichen, was über die relative finanzielle Attraktivität des Krankenpflegeberufs im Vergleich zu anderen Berufen Aufschluss gibt. Anschließend wird das Vergütungsniveau in den einzelnen Ländern in Kaufkraftparitäten in eine einheitliche Währung (US-Dollar) umgerechnet, um einen Anhaltspunkt für das relative wirtschaftliche Wohlergehen von Krankenpflegekräften im Verhältnis zu ihren Kolleginnen und Kollegen im Ausland zu geben.

In den meisten Ländern liegt die Vergütung von Krankenpflegekräften über dem Durchschnittsverdienst (Abbildung 3.10.1). Dies gilt in besonderem Maße für Mexiko, wo das Einkommen von Krankenpflegekräften mehr als doppelt so hoch ist wie der Durchschnittsverdienst. In Portugal ist es 70% höher. In Ungarn, der Slowakischen Republik, der Tschechischen Republik und Finnland ist es hingegen niedriger. In Finnland ist das Lohnwachstum der Krankenpflegekräfte im Zeitraum 2000-07 hinter dem Wachstum des Durchschnittsverdiensts zurückgeblieben, 2008 erhielten die Krankenpflegekräfte dort jedoch eine deutliche Lohnerhöhung, durch die sich das Verdienstgefälle verringern dürfte.

Bei Umrechnung in eine einheitliche Währung ist das Vergütungsniveau von Krankenpflegekräften in Luxemburg vier- bis sechsmal höher als in Ungarn, der Slowakischen Republik und der Tschechischen Republik (Abbildung 3.10.2). Auch in den Vereinigten Staaten verdienen Krankenpflegekräfte relativ gut im Vergleich zu ihren Kolleginnen und Kollegen in anderen Ländern. Dies könnte erklären, warum es den Vereinigten Staaten gelingt, zahlreiche Krankenpflegekräfte aus dem Ausland anzulocken (OECD, 2007a; Aiken und Cheung, 2008). In Mexiko ist das Verdienstniveau von Krankenpflegekräften im Vergleich zu anderen Berufsgruppen zwar hoch, gemessen am Verdienst von Krankenpflegekräften in den Vereinigten Staaten und anderen Ländern ist es jedoch niedrig.

Die reale (inflationsbereinigte) Vergütung von Krankenpflegekräften ist in den vergangenen fünf bis zehn Jahren in allen OECD-Ländern gestiegen, außer in Mexiko, wo sie zwischen 2003 und 2007 abgenommen hat (Abbildung 3.10.3). Besonders stark fiel das Wachstum der Vergütung von Krankenpflegekräften in der Slowakischen Republik und der Tschechischen Republik aus, womit sich das gegenüber anderen europäischen Ländern festzustellende Verdienstgefälle etwas verringert hat. Im Vereinigten Königreich ist das reale Einkommen von Krankenpflegekräften im Verlauf der letzten zehn Jahre um durchschnittlich 3% jährlich gestiegen – doppelt so stark wie der Durchschnittsverdienst.

Es gibt Belege dafür, dass das geringe Lohnniveau einer der Gründe dafür ist, warum manche Krankenpflegekräfte ihren Beruf aufgeben (Hasselhorn *et al.*, 2005). In anderen Untersuchungen konnte jedoch nur ein schwacher Zusammenhang zwischen dem Lohnniveau und dem Angebot an Krankenpflegekräften festgestellt werden (Shield, 2004; Chiha und Link, 2003; Antonazzo *et al.*, 2003). Maßnahmen in anderen Bereichen, z.B. zur Erhöhung der Arbeitszeitflexibilität und zur Schaffung von beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten, könnten ebenfalls dazu beitragen, mehr Nachwuchs für den Pflegeberuf zu gewinnen und mehr Kräfte im Beruf zu halten (OECD, 2008e).

Definition und Abweichungen

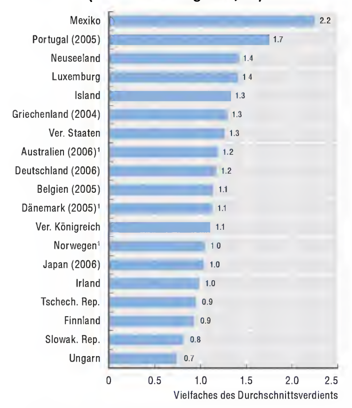
Die Daten zur Vergütung der Krankenpflegekräfte beziehen sich auf das durchschnittliche jährliche *Bruttoeinkommen*, einschließlich der vom Arbeitnehmer zu entrichtenden Sozialversicherungsbeiträge und Einkommensteuern. Sie umfassen normalerweise auch sämtliche zusätzlichen formellen Zahlungen wie Prämien und Zahlungen für Nachtschichten, Bereitschaftsdienstzulagen und Überstundenvergütung. Für die meisten Länder beziehen sich die Angaben auf in Krankenhäusern beschäftigte Pflegekräfte, in Neuseeland und den Vereinigten Staaten werden jedoch auch in anderen Bereichen tätige Kräfte erfasst.

Für Australien, Dänemark und Norwegen beziehen sich die Angaben nur auf „vollqualifizierte" Krankenpflegekräfte, was zu einer Überzeichnung des Vergütungsniveaus im Vergleich zu anderen Ländern führt, in denen auch Kräfte mit weniger anspruchsvoller Ausbildung („qualifizierte Pflegekräfte") berücksichtigt sind.

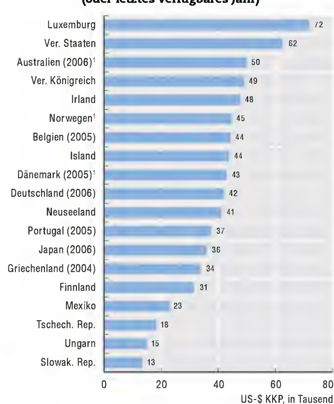
In den Daten sind nur Vollzeitkräfte erfasst, außer in Belgien, wo auch Teilzeitkräfte berücksichtigt sind (was zu einer Unterzeichnung führt). Im Fall einiger Länder sind Überstundenzahlungen in den Angaben nicht inbegriffen (z.B. in Irland und Mexiko). Keines der Länder macht Angaben zu den informellen Zahlungen, die in einigen Ländern einen erheblichen Teil des Gesamteinkommens ausmachen können.

Die Vergütung von Krankenpflegekräften wird im Allgemeinen mit dem Durchschnittsverdienst von Vollzeitkräften in allen Wirtschaftssektoren der jeweiligen Länder verglichen; in Island, Mexiko und Neuseeland wird jedoch der Durchschnittsverdienst in ausgewählten Industriebranchen als Vergleichsmaßstab verwendet.

3.10.1 Vergütung von Pflegepersonal in Krankenhäusern im Verhältnis zum Durchschnittsverdienst, 2007 (oder letztes verfügbares Jahr)



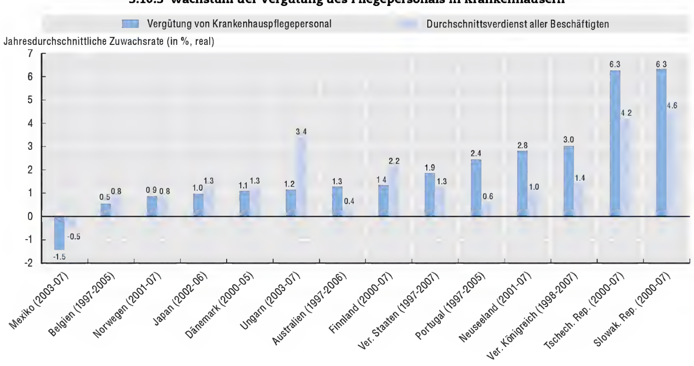
3.10.2 Vergütung von Pflegepersonal in Krankenhäusern, US-$ KKP, 2007 (oder letztes verfügbares Jahr)



1. In Australien, Dänemark und Norwegen beziehen sich die Angaben auf „vollqualifizierte" Pflegekräfte.

3.10.3 Wachstum der Vergütung des Pflegepersonals in Krankenhäusern





Quelle: *OECD-Gesundheitsdaten 2009* für die Vergütung der Krankenpflegekräfte; *OECD Employment Outlook 2009* und *OECD Taxing Wages 2009* für die Durchschnittsverdienste.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/803523307827

3.11. Zahnärzte

Zahnärzte sind die Hauptanbieter von Zahnpflegeleistungen, wenngleich ein Teil dieser Leistungen auch von Dentalhygienikern, Zahnarzthelfern oder Zahntechnikern erbracht wird. Die meisten Zahnärzte im OECD-Raum haben eine eigene Praxis oder arbeiten in Gemeinschaftspraxen (bzw. Zahnkliniken), ein kleiner Teil von ihnen ist aber auch in Krankenhäusern oder anderen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung tätig.

In der Mehrzahl der OECD-Länder kommen zwischen 50 und 80 praktizierende Zahnärzte auf 100 000 Einwohner (Abbildung 3.11.1). Am höchsten ist die Zahl der Zahnärzte im Verhältnis zur Bevölkerungszahl in Griechenland, gefolgt von Island, Norwegen, Schweden, Belgien und Luxemburg mit 80 oder mehr Zahnärzten je 100 000 Einwohner. Am niedrigsten ist die Zahnarztdichte in Mexiko, auch wenn dort seit 1990 ein deutlicher Zuwachs zu verzeichnen war.

Zwischen 1990 und 2007 ist die Zahl der Zahnärzte im Verhältnis zur Einwohnerzahl in fast allen OECD-Ländern gestiegen, außer in Finnland, Schweden und Dänemark, wo die Zahnarztdichte schon zuvor hoch war und nach wie vor weit über dem Durchschnitt liegt. Besonders stark zugenommen hat die Zahnarztdichte in Portugal (wo sie sich seit 1990 in absoluter Rechnung mehr als verdreifacht hat) sowie in Spanien und Korea (wo in absoluter Rechnung ein Anstieg auf über das Doppelte zu verzeichnen war), in Korea bewegt sich die Zahl der Zahnärzte im Verhältnis zur Einwohnerzahl aber immer noch deutlich unter dem OECD-Durchschnitt (Abbildung 3.11.2).

In Ländern wie Frankreich, den Niederlanden und den Vereinigten Staaten entwickelte sich die Zahl der Zahnärzte parallel zum Bevölkerungswachstum, so dass die Zahnarztdichte dort zwischen 1990 und 2007 unverändert geblieben ist.

Eine im Verhältnis zur Einwohnerzahl höhere Zahl an Zahnärzten geht im Allgemeinen mit einer höheren Zahl an Zahnarztkonsultationen einher (Abbildung 3.11.3). Bei einer gegebenen Zahnarztdichte können aber dennoch große Unterschiede bei der durchschnittlichen Zahl der Zahnarztkonsultationen bestehen. In Japan ist die Zahnarztdichte z.B. etwas geringer als in Deutschland, Finnland und Dänemark, die durchschnittliche Zahl der Zahnarztkonsultationen ist dort jedoch zwei- bis dreimal höher.

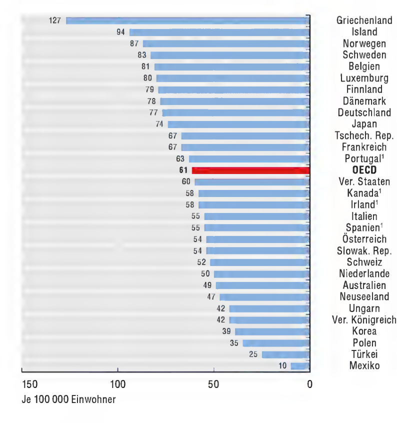
Schätzungen der jährlichen Zahl der Konsultationen je Zahnarzt können aus Informationen über die Zahnarztkonsultationen abgeleitet werden. Bei der Interpretation dieses Indikators als Maß der Produktivität der Zahnärzte ist indessen Vorsicht geboten, da die Konsultationen (bei denen es sich um Behandlungen handeln kann) unterschiedlich komplex, lang und effektiv sein können. Abbildung 3.11.4 zeigt dennoch, dass bei der geschätzten Zahl der Konsultationen je Zahnarzt im OECD-Ländervergleich eine große Varianz festzustellen ist, wobei das Spektrum vom Ein- bis zum Vierfachen reicht. Erklären könnte sich dies teils aus Abweichungen bei der durchschnittlichen Zahl der geleisteten Arbeitsstunden, teils aus Unterschieden in Bezug auf den Einsatz von Hilfskräften und Assistenten, die es den Zahnärzten ermöglichen, pro Tag mehr Patienten zu empfangen. In Mexiko ging der deutliche Anstieg der Zahl der Zahnärzte im Verhältnis zur Bevölkerungszahl, der seit 1990 zu beobachten war, mit relativ geringen Konsultationsraten einher, was vermuten lässt, dass das Wachstum des Angebots an zahnärztlichen Leistungen das Wachstum der Nachfrage überstieg. Das seit 1990 in Korea zu verzeichnende Wachstum des Angebots an Zahnärzten war demgegenüber mit hohen Konsultationsraten verbunden.

Wie im Fall anderer Gesundheitsberufe auch ist die Zahl der Zahnärzte im Verhältnis zur Einwohnerzahl in großen Städten höher als in ländlichen Regionen. In Frankreich z.B. war die Zahnarztdichte in Paris 2006 viermal höher als in ländlichen Gemeinden (DREES, 2007). Das geringe Angebot an Zahnärzten in ländlichen Regionen kann dazu führen, dass Bedarf an zahnärztlichen Leistungen ungedeckt bleibt (vgl. Indikator 6.1 „Versorgungsdefizite“).

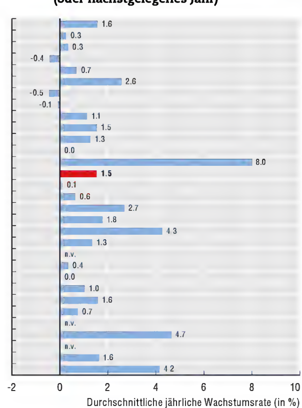
Definition und Abweichungen

In der Zahl der Zahnärzte sind sowohl angestellte als auch freiberufliche Zahnärzte erfasst. In den meisten Ländern sind in den Daten nur Zahnärzte berücksichtigt, die Kunden/Patienten direkt betreuen. In Kanada, Irland, Portugal und Spanien ist dies jedoch nicht der Fall, dort werden alle approbierten Zahnärzte berücksichtigt, selbst wenn sie ihren Beruf nicht aktiv ausüben.

3.11.1 Zahnärzte je 100 000 Einwohner, 2007 (oder letztes verfügbares Jahr)

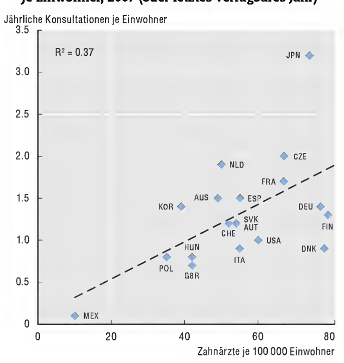


3.11.2 Veränderung der Zahl der Zahnärzte je 100 000 Einwohner, 1990-2007 (oder nächstgelegenes Jahr)

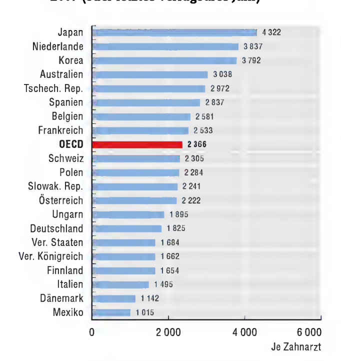


1. Die Angaben für Kanada, Irland, Portugal und Spanien beziehen sich auf sämtliche approbierten Zahnärzte, nicht nur auf die praktizierenden.

3.11.3 Zahl der Zahnärzte und Zahnarztkonsultationen je Einwohner, 2007 (oder letztes verfügbares Jahr)



3.11.4 Geschätzte Zahl der Konsultationen je Zahnarzt, 2007 (oder letztes verfügbares Jahr)



Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2009.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/803620731238

3.12. Apotheker

Apotheker versorgen die Bevölkerung mit Arzneimitteln und sorgen dafür, dass diese sicher und richtig verwendet werden. In den meisten Ländern haben sie ein Hochschulstudium in Pharmazie abgeschlossen und bei den zuständigen Behörden ein Examen abgelegt, das sie zur Berufsausübung berechtigt.

In den meisten OECD-Ländern kommen zwischen 60 und 100 Apotheker auf 100 000 Einwohner. Am höchsten ist die Apothekerdichte in Japan, Frankreich und Belgien, wo über 115 Apotheker auf 100 000 Einwohner kommen (Abbildung 3.12.1). Diese hohe Apothekerdichte geht mit einer großen Zahl an öffentlichen Apotheken einher (Abbildung 3.12.3). Am niedrigsten ist die Zahl der Apotheker im Verhältnis zur Einwohnerzahl demgegenüber in Dänemark und den Niederlanden, was auch damit zusammenhängt, dass diese Länder zu den Staaten mit der geringsten Dichte an öffentlichen Apotheken gehören. Die relativ geringe Zahl öffentlicher Apotheken in den Niederlanden kann z.T. darauf zurückgeführt werden, dass die Patienten verschreibungspflichtige Arzneimittel dort auch direkt von bestimmten Ärzten beziehen können, die Medikamente vertreiben (Vogler *et al.*, 2008).

Zwischen 1990 und 2007 ist die Zahl der Apotheker im Verhältnis zur Einwohnerzahl in fast allen OECD-Ländern gestiegen, außer in Dänemark und Belgien; in Belgien ist sie allerdings nach wie vor hoch. Am stärksten hat sie in Spanien, Japan, Irland, Portugal und Ungarn zugenommen (Abbildung 3.12.2).

In Japan ist der starke Anstieg der Zahl der Apotheker in großem Maße auf die Anstrengungen der Regierung zurückzuführen, eine klarere Trennung zwischen der Verschreibung von Arzneimitteln durch Ärzte und dem Vertrieb von Arzneimitteln durch Apotheker vorzunehmen (sogenanntes Bungyo-System). In der Vergangenheit wurde die überwiegende Mehrzahl der verschreibungspflichtigen Arzneimittel direkt von Ärzten vertrieben. In den letzten Jahren hat die japanische Regierung jedoch eine Reihe von Schritten eingeleitet, um die Verschreibung von Arzneimitteln vom Arzneimittelvertrieb zu trennen. So wurde 1997 das Gesetz über medizinische Leistungen novelliert, um die Rolle der Apotheker als Gesundheitsfachkräfte anzuerkennen. 2006 wurde dieses Gesetz erneut geändert, womit öffentliche Apotheken als Einrichtungen der Versorgung mit Gesundheitswaren und -leistungen anerkannt wurden. Im Anschluss an diese Gesetzesänderungen ist der Anteil der von Apotheken verkauften Arzneimittel von 26% aller Verschreibungen im Jahr 1997 auf 57% im Jahr 2007 gestiegen, während die Zahl der öffentlichen Apotheken von 42 412 auf 52 539 anwuchs (Japanese Pharmaceutical Association, 2008).

Die meisten Apotheker sind in öffentlichen Apotheken tätig. In Kanada z.B. arbeiten 75% aller praktizierenden Apotheker in öffentlichen Apotheken, weitere 15-20% sind in Krankenhäusern und sonstigen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung beschäftigt, und die übrigen 5-10% sind in der Industrie oder anderen Bereichen tätig (CIHI, 2008b). In Japan arbeiteten 2006 50% der Apotheker in öffentlichen Apotheken, 1990 war dies nur für ein Drittel der Apotheker der Fall (Japanese Pharmaceutical Association, 2008).

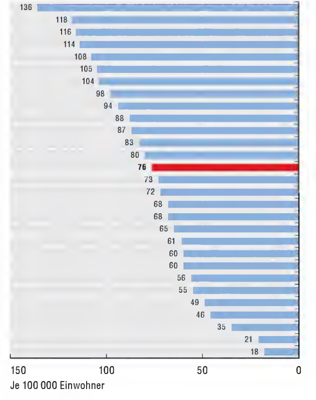
Definition und Abweichungen

Als praktizierende Apotheker gelten Apotheker, die eine Zulassung zur Berufsausübung haben und direkte Leistungen für Kunden/Patienten erbringen. Sie können angestellt oder freiberuflich tätig sein und in öffentlichen Apotheken, Krankenhäusern oder anderen Einrichtungen arbeiten. Apothekerassistenten und sonstige Angestellte von Apotheken sind normalerweise nicht berücksichtigt.

In den Angaben für die Niederlande sind in Krankenhäusern/Kliniken tätige Apotheker nicht berücksichtigt (was zu einer leichten Unterzeichnung führt). In den Daten für Luxemburg sind von Krankenhäusern bezahlte Apotheker nicht erfasst, dafür aber Angestellte von Apotheken sowie in der Verwaltung beschäftigte Apotheker.

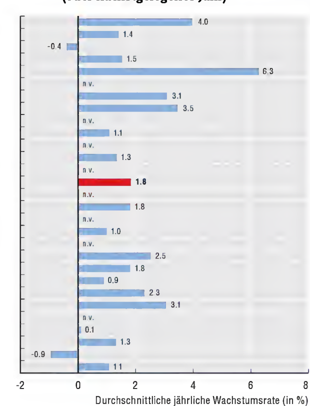
Für Irland beziehen sich die Daten auf alle Apotheker, die im Register der Pharmaceutical Society of Ireland eingetragen sind, was auch für solche der Fall sein kann, die ihren Beruf nicht ausüben. Darüber hinaus sind in den Angaben auch Apothekerassistenten, pharmazeutische Assistenten und Ärzte berücksichtigt, die Arzneimittel vertreiben (ungefähr 140 im Jahr 2007), was zu einer Überzeichnung im Vergleich zu den von anderen Ländern gelieferten Daten führt. In Island sind auch Apothekerassistenten in den Daten enthalten.

3.12.1 Apotheker je 100 000 Einwohner, 2007 (oder letztes verfügbares Jahr)



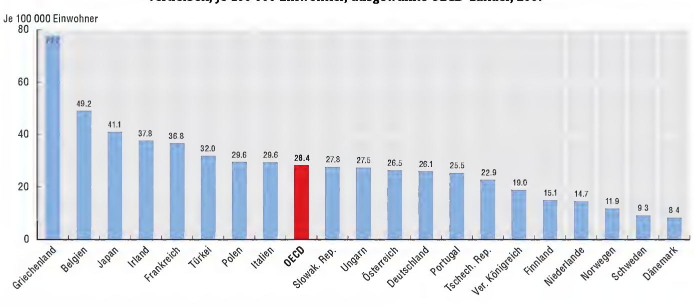
Japan
Frankreich
Belgien
Island
Spanien
Finnland
Irland
Portugal
Italien
Griechenland
Australien
Kanada
Ver. Staaten
OECD
Schweden
Luxemburg
Neuseeland
Ver. Königreich
Korea
Polen
Österreich
Deutschland
Tschech. Rep.
Ungarn
Slowak. Rep.
Norwegen
Türkei
Dänemark
Niederlande

3.12.2 Veränderung der Zahl der Apotheker je 100 000 Einwohner, 1990-2007 (oder nächstgelegenes Jahr)



Quelle: *OECD-Gesundheitsdaten* 2009.

3.12.3 Apotheken und sonstige medizinische Betreuungsstellen, die verschreibungspflichtige Arzneimittel vertreiben, je 100 000 Einwohner, ausgewählte OECD-Länder, 2007



Quelle: Vogler *et al.* (2008) und Japanese Pharmaceutical Association (2008).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/803657516155





4. GESUNDHEITSLEISTUNGEN

Einleitung

Dieses Kapitel vergleicht die Verfügbarkeit und die Inanspruchnahme verschiedener Arten von Gesundheitsleistungen und -waren in den OECD-Ländern. Auf die Erbringung dieser Leistungen und den Kauf von Produkten wie Arzneimitteln entfällt ein großer Teil der in Kapitel 7 beschriebenen Gesundheitsausgaben.

Es werden Indikatoren zu einer ganzen Reihe wichtiger Gesundheitsleistungen vorgestellt, darunter auch zu den in der Primärversorgung und in Krankenhäusern geleisteten Diensten. Das Kapitel beginnt mit einer Übersicht über die Höhe und die tendenzielle Entwicklung der Zahl der Arztkonsultationen, einer der häufigsten Dienstleistungen, die Patienten erhalten. Die Verbreitung der modernen Medizintechnik wird allgemein als einer der wichtigsten Gründe für die steigenden Gesundheitsausgaben in den OECD-Ländern betrachtet. Im folgenden Abschnitt wird die Verfügbarkeit und Nutzung von zwei spezifischen Diagnosetechniken untersucht, der Magnetresonanz-Tomografie (MRT) und der Computertomografie (CT). Anschließend befasst sich die Analyse mit Krankenhausaktivitäten, einem Bereich, auf den weiterhin der größte Teil der Gesundheitsausgaben der OECD-Länder entfällt, in vielen Ländern zwischen 35% und 40%. Die Beschreibung der Krankenhausleistungen beginnt mit einem Überblick über die Verfügbarkeit von Krankenhausbetten und ihre Auslastung. Dann wird die Anzahl der Krankenhausfälle untersucht sowie die durchschnittliche Krankenhausverweildauer, sowohl bezogen auf alle Krankheiten zusammen als auch einzeln für bestimmte Leiden. Kapitel 5 über die „Qualität der medizinischen Versorgung" ergänzt dies durch eine Untersuchung einiger Gründe für Krankenhausaufenthalte, die sich – insbesondere durch eine bessere Primärversorgung für chronische Krankheiten – vermeiden ließen.

Die nächste Indikatorenreihe in diesem Kapitel dient der näheren Betrachtung verschiedener häufig durchgeführter und kostspieliger Prozeduren. Zu diesen Eingriffen gehören Revaskularisationsverfahren wie Bypassoperationen mit arteriellen Grafts und Koronarangioplastien für Patienten mit ischämischen Herzkrankheiten, Dialysen und Nierentransplantationen für Patienten mit Niereninsuffizienz im Endstadium, Kaiserschnitte und Kataraktoperationen. Das wichtigste Ergebnis ist, dass zwischen den Ländern starke und unerklärte Unterschiede bei der Häufigkeit der verschiedenen Eingriffe bestehen.

In den letzten 20 Jahren haben Untersuchungen – viele davon aus den Vereinigten Staaten oder anderen OECD-Ländern – ergeben, dass es bei bestimmten medizinischen oder chirurgischen Eingriffen insofern zu einem *überhöhten oder unangemessenen Einsatz* kommen kann, als diese Eingriffe u.U. an Patienten vorgenommen werden, bei denen es wissenschaftliche Beweise dafür gibt, dass die Risiken die erwarteten Vorteile übersteigen (OECD, 2004a). Andererseits ist manchmal aber auch eine zu *geringe Nutzung* von Diensten festzustellen, die für Patienten mit bestimmten Symptomen medizinisch empfohlen sind. In Kapitel 5 über die „Qualität der medizinischen Versorgung" werden mehrere Beispiele für die zu geringe Nutzung verschiedener empfohlener Leistungen, wie Impfungen zur Verhinderung der Ausbreitung von ansteckenden Krankheiten unter Kindern und anderen Bevölkerungsgruppen, aufgeführt. Kapitel 6 über den „Zugang zum Gesundheitswesen" ergänzt dies durch Informationen über *Ungleichheiten* bei der Inanspruchnahme bestimmter Gesundheitsleistungen zwischen verschiedenen sozioökonomischen Gruppen innerhalb der einzelnen Länder.

In vielen Ländern befasst sich ein wichtiger Bereich der Forschung mit *regionalen* Abweichungen bei der Häufigkeit medizinischer und chirurgischer Eingriffe, was nützliche Hinweise auf eine möglicherweise zu häufige oder zu geringe Nutzung bestimmter Eingriffe in den einzelnen Ländern liefern kann. In den Vereinigten Staaten wurden zwischen verschiedenen Bundesstaaten starke Unterschiede bei der Häufigkeit allgemein üblicher chirurgischer Eingriffe festgestellt, z.B. bei Knieersatz- und Herzoperationen, und diese Abweichungen lassen sich nicht einfach durch einen unterschiedlich hohen Bedarf erklären (*Dartmouth Atlas of Health Care*, 2005). Geografische Unterschiede kann man auch bei nichtchirurgischen Leistungen wie Krankenhausaufenthalten und Arztbesuchen beobachten. Dies deutet darauf hin, dass es in den einzelnen Ländern auch unerklärte Abweichungen bei den klinischen Praktiken gibt, die es bei der Interpretation der Unterschiede zwischen den Ländern zu berücksichtigen gilt.

Der letzte Abschnitt dieses Kapitels handelt vom Umfang des Arzneimittelverbrauchs, mit besonderem Augenmerk auf die Verwendung von Medikamenten gegen Diabetes und Depression, cholesterinsenkenden Arzneimitteln und Antibiotika. Wie bei den Gesundheitsleistungen kann auch bei verschiedenen Arzneimitteln eine zu hohe oder zu geringe Verwendung bei Patienten mit unterschiedlichen Krankheiten festzustellen sein. Die in diesem Kapitel vorgestellten aggregierten Daten erlauben kein abschließendes Urteil darüber, ob bestimmte Arzneimittel unangemessen eingesetzt werden, sie zeigen jedoch, dass zwischen den Ländern bemerkenswerte Unterschiede bei der Häufigkeit ihrer Verschreibung bestehen.

Dieses Kapitel deckt zwar viele wichtige Gesundheitsleistungen ab, jedoch nicht die Langzeitpflege oder die palliative Pflege (Sterbebegleitung). Informationen zu Zahnarztkonsultationen finden sich in Kapitel 3 „Gesundheitspersonal", wo auch die Zahl der Zahnärzte und deren mögliche Auswirkungen auf die Zahl der Zahnarztkonsultationen in den verschiedenen Ländern erörtert werden. Informationen zu bestimmten öffentlichen Gesundheitsleistungen, wie z.B. Durchimpfungsraten und Daten zur Häufigkeit von Krebsvorsorgeuntersuchungen, finden sich im folgenden Kapitel zur „Qualität der medizinischen Versorgung", da sie als Indikatoren für die Qualität der Behandlung von Infektionskrankheiten und Krebs betrachtet werden.

4.1. Arztkonsultationen

Arztkonsultationen können in Einzel- oder Gemeinschaftspraxen von Ärzten, in Krankenhausambulanzen oder zuweilen auch zu Hause beim Patienten stattfinden. In vielen europäischen Ländern (z.B. in Dänemark, Italien, den Niederlanden, Norwegen, Portugal, der Slowakischen Republik, Spanien und dem Vereinigten Königreich) sind die Patienten verpflichtet bzw. werden dazu angehalten, bei jedem neuen Krankheitsfall zuerst einen Allgemeinarzt zu konsultieren, der eine „Lotsenfunktion" ausübt. Der Allgemeinarzt kann den Patienten dann gegebenenfalls an einen Facharzt überweisen. In anderen Ländern (wie z.B. in Island, Japan, Korea, Österreich, Schweden oder der Tschechischen Republik) können sich die Patienten direkt an einen Facharzt wenden.

Die Anzahl der Arztkonsultationen je Einwohner und Jahr schwankt zwischen über 11 in Japan und Korea sowie der Tschechischen Republik und der Slowakischen Republik einerseits und unter 3 in Mexiko und Schweden andererseits (Abbildung 4.1.1). Der OECD-Durchschnitt liegt bei fast 7 Konsultationen je Einwohner und Jahr. Kulturelle Faktoren scheinen bei der Erklärung einiger der zwischen den Ländern festzustellenden Unterschiede eine Rolle zu spielen. So gehören z.B. sowohl Japan als auch die Tschechische Republik zu den Ländern mit den höchsten Konsultationszahlen, unterscheiden sich jedoch deutlich in Bezug auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung und die Arztdichte. Bestimmte Merkmale der Gesundheitssysteme können allerdings bei der Erklärung dieser Unterschiede ebenfalls eine Rolle spielen. Einiges deutet darauf hin, dass die Zahl der Arztkonsultationen in Ländern, in denen die Arzthonorare hauptsächlich auf der Basis von Einzelleistungsvergütungen abgerechnet werden, in der Tendenz überdurchschnittlich hoch ist (z.B. in Japan und Korea), wohingegen sie in Ländern, in denen die Ärzte in der Regel Vergütungspauschalen beziehen, in der Tendenz unter dem Durchschnitt liegt (z.B. in Mexiko und Schweden). Andere Länder wiederum, wie die Schweiz und die Vereinigten Staaten, in denen Einzelleistungsvergütungen die Regel sind und die ebenfalls unterdurchschnittliche Arztbesuchszahlen verzeichnen, lassen darauf schließen, dass andere Faktoren ebenfalls ins Gewicht fallen. (Siehe Tabelle A.7 in Anhang A für weitere Informationen zu den Vergütungsarten der Ärzte in den jeweiligen Ländern.)

In Schweden lässt sich die niedrige Zahl der Arztkonsultationen u.U. teilweise dadurch erklären, dass Krankenpflegekräfte bei der Primärversorgung eine wichtige Rolle spielen und oft die erste Kontaktperson des Patienten sind. Auch in Finnland spielen Krankenschwestern/-pfleger und andere Gesundheitsfachkräfte eine wichtige Rolle bei der Primärversorgung von Patienten in Gesundheitszentren, wodurch der Bedarf an Arztkonsultationen sinkt (Bourgueil *et al.*, 2006).

Die durchschnittliche Zahl der Arztkonsultationen ist in den meisten Ländern seit 1990 gestiegen. Besonders stark war der Anstieg in Mexiko, wo die Zahl der Konsultationen im Jahr 1990 noch sehr niedrig war. Dies erklärt sich zumindest teilweise durch den raschen Anstieg der Arztdichte, der in Mexiko im gleichen Zeitraum verzeichnet wurde (vgl. Indikator 3.2). In Schweden blieb die Zahl der Arztkonsultationen stabil, während sie in Kanada und dem Vereinigten Königreich zwischen 1990 und 2007 jährlich um etwa 1% gesunken ist (Abbildung 4.1.2). In Kanada lässt sich der Rückgang auf die Verringerung des Anteils der auf Basis von Einzelleistungsvergütungen abgerechneten Konsultationen zurückführen, der einzigen erfassten Art von Konsultation.

Informationen über Arztbesuche können herangezogen werden, um die jährliche Zahl der Konsultationen je Arzt in den verschiedenen OECD-Ländern zu schätzen. Diese Daten sollten nicht als Indikator für die Produktivität der Ärzte betrachtet werden, zum einen weil die Konsultationen unterschiedlich lang und effektiv sein können und zum anderen weil die Visiten der Ärzte bei stationär behandelten Patienten ebenso wie ihre Verwaltungs- und Forschungsarbeit unberücksichtigt bleiben. Auch sind diese Daten nur begrenzt vergleichbar, wie im Kasten „Definition und Abweichungen" dargelegt wird. Unter Berücksichtigung dieser Einschränkungen schwankt die geschätzte Zahl der Konsultationen je Arzt im OECD-Vergleich um einen Faktor von bis zu neun (Abbildung 4.1.3). Auch hier könnten wieder kulturelle Faktoren eine Rolle spielen, weil eine Clusterbildung der zwei asiatischen OECD-Länder sowie der mittel- und osteuropäischen Länder am oberen Ende des Spektrums festzustellen ist.

Kapitel 6 über den „Zugang zum Gesundheitswesen" bietet ergänzende Informationen über die Disparitäten bei der Zahl der Arztkonsultationen nach Einkommensgruppen (Indikator 6.5).

Definition und Abweichungen

Als Arztkonsultationen gelten Kontakte mit praktizierenden Ärzten (Allgemein- und Fachärzte). Es bestehen Unterschiede im Ländervergleich bei der Erfassung verschiedener Arten von Konsultationen, vor allem von Konsultationen in Krankenhausambulanzen.

Die Daten stammen überwiegend aus administrativen Quellen, stützen sich in einigen Ländern (in Italien, den Niederlanden, Spanien, der Schweiz, im Vereinigten Königreich für Allgemeinarztkonsultationen und in Neuseeland für Facharztkonsultationen) aber auf Umfrageergebnisse. Auf Verwaltungsdaten basierende Schätzungen sind auf Grund der bei Umfragen üblichen Verzerrungen infolge von Erinnerungsfehlern und fehlenden Antworten in der Regel höher als solche, die sich auf Umfrageergebnisse stützen.

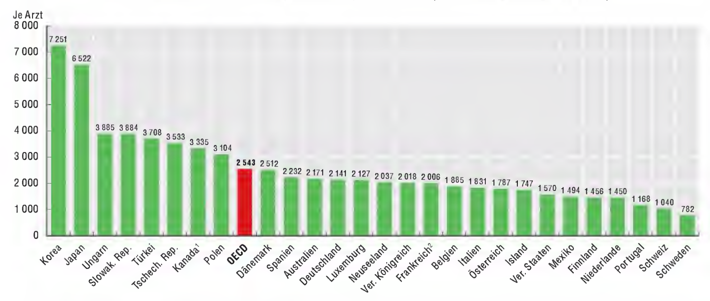
In den Zahlen für die Niederlande sind Arztbesuche im Rahmen der Mutter-Kind-Versorgung nicht eingeschlossen. In den Daten für Portugal und die Türkei sind Besuche bei niedergelassenen Ärzten nicht erfasst, während in den Daten für das Vereinigte Königreich private Konsultationen bei Fachärzten unberücksichtigt bleiben.

4.1.1 Arztkonsultationen je Einwohner, 2007 (oder letztes verfügbares Jahr)

4.1.2 Veränderung der Zahl der Arztkonsultationen je Einwohner, 1990-2007

	4.1.1 Jährliche Konsultationen je Einwohner	4.1.2 Durchschnittliche jährliche Wachstumsrate (in %)
Japan	13.6	-0.1
Tschech. Rep.	12.6	0.4
Korea	11.8	n.v.
Slowak. Rep.	11.2	0.1
Ungarn	10.8	0.4
Spanien	8.1	-0.2
Belgien	7.6	-0.1
Dänemark	7.5	2.0
Deutschland	7.5	2.2
Italien	7.0	0.2
OECD	6.8	0.6
Polen	6.8	n.v.
Österreich	6.7	0.8
Island	6.5	1.4
Australien	6.3	0.2
Frankreich	6.3	0.4
Luxemburg	6.1	0.0
Kanada	5.8	-0.9
Niederlande	5.7	0.2
Türkei	5.6	n.v.
Ver. Königreich	5.0	-1.2
Neuseeland	4.7	n.v.
Finnland	4.2	0.4
Portugal	4.1	1.9
Schweiz	4.0	n.v.
Ver. Staaten	3.8	1.3
Schweden	2.8	0.0
Mexiko	2.5	2.8

4.1.3 Geschätzte Zahl der Konsultationen je Arzt, 2007 (oder letztes verfügbares Jahr)



1. In Kanada sind in der Zahl der Ärzte nur die auf Einzelleistungsbasis vergüteten Kräfte berücksichtigt, damit die Übereinstimmung mit den Daten zu den Arztkonsultationen gewährleistet ist.
2. In Frankreich wurden zur vollständigeren Erfassung auch Schätzungen der Konsultationen in Krankenhausambulanzen hinzugefügt.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2009.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/803664801762

4.2. Medizintechnik (Verfügbarkeit und Nutzung)

Die zunehmende Verbreitung moderner Technologien in der Medizin ist ein maßgeblicher Faktor für den Anstieg der Gesundheitsausgaben im OECD-Raum. Dieser Abschnitt präsentiert Daten zur Verfügbarkeit und Intensität der Nutzung zweier Diagnosetechnologien: Computertomografie (CT) und Magnetresonanz-Tomografie (MRT).

CT-Scanner (oder CAT-Scanner, für computergesteuerte Axialtomografie) und MRT-Geräte helfen Ärzten bei der Diagnose einer Reihe von Krankheiten, indem sie zweidimensionale Schnittbilder des Körperinneren liefern. Anders als bei der traditionellen Röntgentechnik und bei CT-Scannern werden die Patienten bei neueren, in MRT-Geräten eingesetzten Bildgebungstechnologien keiner ionisierenden Strahlung ausgesetzt. Die Größe und die Bevölkerungsdichte eines Landes gehören zu den Faktoren, die über die Zahl der benötigten Geräte zur Deckung der Nachfrage entscheiden.

Die Zahl der verfügbaren CT-Scanner und MRT-Geräte hat in den meisten OECD-Ländern in den vergangenen 15 Jahren rasch zugenommen. Japan weist die bei weitem höchste Zahl an CT-Scannern und MRT-Geräten im Verhältnis zur Einwohnerzahl auf, gefolgt von den Vereinigten Staaten für MRT-Geräte und Australien für CT-Scanner (Abbildungen 4.2.1 und 4.2.2). In einigen Analysen wird das rasche Wachstum der Zahl der MRT-Geräte in Japan zumindest teilweise darauf zurückgeführt, dass den Entscheidungen über die Anschaffung dieser Geräte keine formellen Effizienz- oder Effektivitätsevaluierungen vorausgegangen sind (Hisashige, 1992). Am niedrigsten war die Zahl der MRT-Geräte und CT-Scanner in Mexiko und Ungarn, was angesichts der hohen Kosten dieser Geräte nicht überraschen dürfte.

Daten zur Nutzung von MRT-Geräten und CT-Scannern sind für eine kleinere Ländergruppe vorhanden. In dieser kleineren Ländergruppe bewegt sich die Zahl der Computertomografie-Untersuchungen zwischen einem Höchstwert von 228 Untersuchungen je 1 000 Einwohner in den Vereinigten Staaten, gefolgt von Luxemburg mit 177 Untersuchungen, und einem Wert von nur 45 Untersuchungen je 1 000 Einwohner in Frankreich; in den Zahlen für Frankreich und Australien sind CT-Untersuchungen in öffentlichen Krankenhäusern allerdings nicht enthalten, was zu einer Untererfassung führt. In den Vereinigten Staaten ist auch die Zahl der MRT-Untersuchungen je Einwohner am höchsten (Abbildungen 4.2.3 und 4.2.4).

In den Vereinigten Staaten gibt es Belege dafür, dass ein großes Risiko eines überhöhten Einsatzes von CT- und MRT-Untersuchungen besteht. Zwischen 1997 und 2006 hat die Zahl dieser Untersuchungen in den Vereinigten Staaten drastisch zugenommen, während die Erkrankungszahlen konstant geblieben sind (Smith-Bindman *et al.*, 2008). Wenn die Ärzte zudem finanzielle Anreize haben, Patienten zu solchen Untersuchungen zu überweisen, erhöht dies die Wahrscheinlichkeit, dass sie zu häufig durchgeführt werden. In vielen Studien wurde versucht, konkrete medizinische Vorteile für die starke Erhöhung der Nutzung von CT- und MRT-Untersuchungen in den Vereinigten Staaten nachzuweisen, es konnten jedoch keine stichhaltigen Belege für die Existenz solcher Vorteile gefunden werden (Baker *et al.*, 2008).

Bezüglich der Nutzungsintensität der Ausrüstungen besteht in der Tendenz erwartungsgemäß eine umgekehrte Korrelation zwischen der Verfügbarkeit der Maschinen und der Intensität ihrer Nutzung. In Ungarn, Belgien sowie – in etwas geringerem Umfang – in der Tschechischen Republik und Kanada, geht die niedrigere Zahl an MRT-Geräten und CT-Scannern mit einer intensiveren Nutzung der einzelnen Maschinen einher. Umgekehrt führt das hohe Angebot an MRT-Geräten und CT-Scannern in den Vereinigten Staaten und Island dazu, dass die einzelnen Maschinen weniger intensiv genutzt werden.

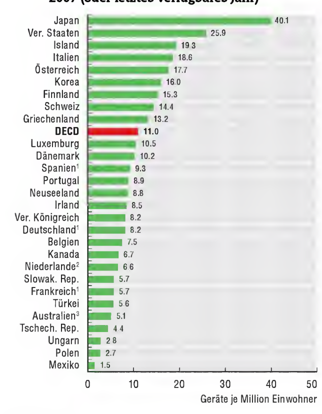
Die umgekehrte Korrelation zwischen Verfügbarkeit und Nutzungsintensität, die im Ländervergleich deutlich wird, ist weniger ausgeprägt, wenn die tendenzielle Entwicklung der Zahl der neu installierten Geräte und deren Nutzungsquoten in den einzelnen Ländern verglichen werden. So war beispielsweise in Kanada in den letzten Jahren insgesamt ein Anstieg *sowohl* der Verfügbarkeit *als auch* der Nutzungsintensität von MRT-Geräten und CT-Scannern festzustellen, was auf eine starke Erhöhung der Gesamtzahl der Untersuchungen hindeutet. Eine mögliche Erklärung für den zeitgleichen Anstieg der Zahl der Geräte und der Intensität ihrer Nutzung in Kanada ist, dass es neben der intensiveren Nutzung existierender Geräte zur Installation neuer Geräte in Regionen kam, die vorher keinen Zugang zu diesen Technologien hatten (CIHI, 2008a).

Definition und Abweichungen

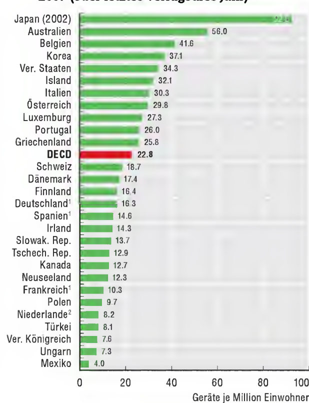
Gemessen wird jeweils die Zahl der MRT-Geräte und CT-Scanner je Million Einwohner. Die Zahl der MRT- und CT-Untersuchungen kann zur Einwohnerzahl oder zur Zahl der Geräte ins Verhältnis gesetzt werden. Die Daten beziehen sich normalerweise sowohl auf den Krankenhaus- als auch auf den ambulanten Sektor.

Für manche Länder sind die Schätzwerte allerdings nach unten verzerrt. In den Daten über CT-Scanner und MRT-Geräte sind außerhalb von Krankenhäusern installierte Geräte in manchen Ländern nicht (Spanien und Deutschland) oder nur zu einem geringen Teil (Frankreich) berücksichtigt. Im Vereinigten Königreich sind nur die Geräte im öffentlichen Sektor erfasst. Für Australien enthält die Zahl der MRT-Einheiten (ab 1999) nur diejenigen, bei denen die Kosten der Untersuchung im Rahmen des öffentlichen Gesundheitssystems Medicare erstattet werden. 1999 bestand bei 60% aller MRT-Geräte ein Erstattungsanspruch durch Medicare. In Australien und Frankreich beziehen sich die Daten für CT- und MRT-Untersuchungen nur auf ambulant sowie stationär im privaten Sektor behandelte Patienten (die Durchführung dieser Untersuchungen in öffentlichen Krankenhäusern bleibt unberücksichtigt).

4.2.1 Zahl der MRT-Geräte je Million Einwohner, 2007 (oder letztes verfügbares Jahr)

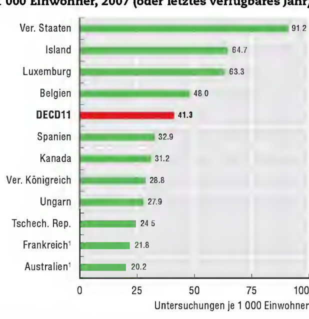


4.2.2 Zahl der CT-Scanner je Million Einwohner, 2007 (oder letztes verfügbares Jahr)

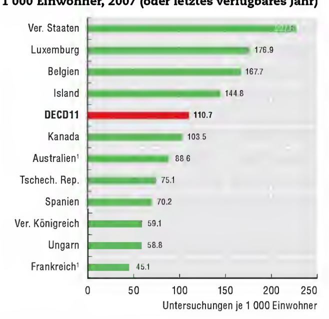


1. Berücksichtigt sind nur die Geräte in Krankenhäusern (und eine kleine Anzahl von Geräten außerhalb von Krankenhäusern in Frankreich).
2. Bezieht sich nur auf die Zahl der Krankenhäuser, die laut eigenen Angaben über mindestens eines dieser Geräte verfügen.
3. Nur MRT-Geräte, deren Benutzung im Rahmen von Medicare erstattet wird.

4.2.3 Zahl der MRT-Untersuchungen je 1 000 Einwohner, 2007 (oder letztes verfügbares Jahr)



4.2.4 Zahl der CT-Untersuchungen je 1 000 Einwohner, 2007 (oder letztes verfügbares Jahr)



1. Bezieht sich nur auf Untersuchungen von ambulant sowie stationär im privaten Sektor behandelten Patienten (Untersuchungen in öffentlichen Krankenhäusern sind nicht berücksichtigt).

Quelle: *OECD-Gesundheitsdaten 2009.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/803687361060

4.3. Krankenhausbetten (Verfügbarkeit und Auslastung)

Die Zahl der Krankenhausbetten liefert einen Anhaltspunkt für den Umfang der Ressourcen, die für die stationäre Betreuung von Patienten in Krankenhäusern zur Verfügung stehen. Sie gibt jedoch keinen Aufschluss über die Kapazität der Krankenhäuser zur Durchführung von notfallbedingten oder Wahleingriffen für Patienten, die am selben Tag wieder entlassen werden. Außerdem befasst sich dieser Abschnitt lediglich mit den Krankenhausbetten für die Akutversorgung, während die Betten in der Psychiatrie oder in der Langzeitpflege unberücksichtigt bleiben.

Die Zahl der Krankenhausbetten für die Akutbehandlung je Einwohner ist in Japan und Korea am höchsten, mit über sieben Betten je 1 000 Einwohner im Jahr 2007 (Abbildung 4.3.1). In Japan wie auch in Korea kann es zu „sozial bedingten Einweisungen" kommen, was bedeutet, dass ein Teil der eigentlich für die Akutversorgung vorgesehenen Krankenhausbetten für die Langzeitpflege genutzt wird (Hurst, 2007). Auch in Österreich und Deutschland liegt die Zahl der Akutbetten weit über dem OECD-Durchschnitt. Am niedrigsten ist sie in Mexiko, gefolgt von Schweden und Spanien.

In den meisten OECD-Ländern ist die Zahl der Akutbetten in Krankenhäusern zurückgegangen. Im Durchschnitt der Länder ist die Zahl von 4,7 je 1 000 Einwohner im Jahr 1995 auf 3,8 im Jahr 2007 gesunken. Nur in Korea und der Türkei ist die Zahl der Akutbetten zwischen 1995 und 2007 gestiegen. In Korea erklärt sich der deutliche Anstieg durch die Nutzung von Akutbetten für die Langzeitpflege, die mangelnde Kapazitätsplanung in Bezug auf den Bedarf an Krankenhausbetten sowie die Investitionsanreize für den privaten gewinnorientierten Krankenhaussektor (OECD, 2003b).

Der Grund für den in den meisten Ländern festgestellten Rückgang der Zahl der Akutbetten ist zumindest teilweise in den Fortschritten der Medizintechnik zu sehen, dank denen mehr ambulante Eingriffe möglich wurden, wodurch sich die Notwendigkeit stationärer Krankenhausaufenthalte verringerte. Überdies waren Kostendämpfungsmaßnahmen oft auf den Krankenhaussektor ausgerichtet, der in fast allen OECD-Ländern nach wie vor der größte Ausgabenposten im Gesundheitswesen ist (vgl. Indikator 7.3 „Gesundheitsausgaben nach Leistungsart"). Das rückläufige Angebot an Krankenhausbetten geht in vielen Ländern mit einem Rückgang der Krankenhauseinweisungen und der durchschnittlichen Verweildauer (vgl. Indikator 4.5 „Durchschnittliche Krankenhausverweildauer") einher.

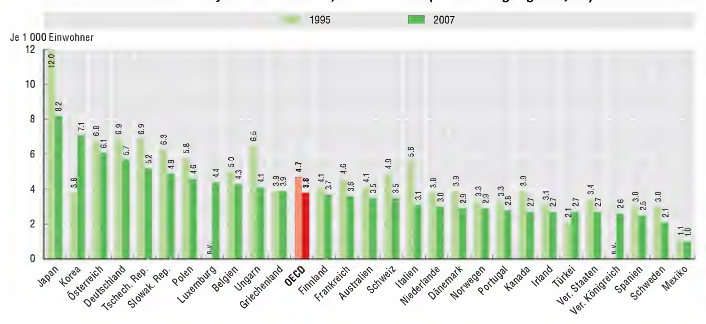
In einigen Ländern war der Rückgang der Zahl der Krankenhausbetten für die Akutbehandlung auch mit einer Steigerung ihrer Belegungsraten verbunden. Die Belegungsrate der Akutbetten betrug im Jahr 2007 im Durchschnitt der OECD-Länder 75%, etwas mehr als 1995 (Abbildung 4.3.2). Kanada, Norwegen, Irland, die Schweiz und das Vereinigte Königreich wiesen im Jahr 2007 die höchsten Belegungsraten auf. All diese Länder verfügen über weniger Akutbetten als die meisten anderen OECD-Länder. Am niedrigsten waren die Belegungsraten 2007 mit unter 65% demgegenüber in Mexiko und den Niederlanden. In den Niederlanden ist die Belegungsrate seit 1995 stark zurückgegangen, während die Zahl der Akutbetten ebenso gesunken ist.

Definition und Abweichungen

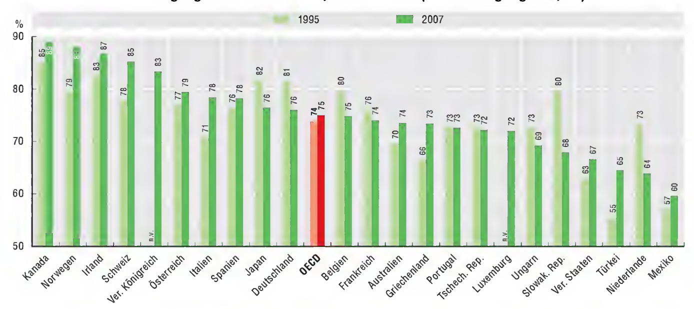
Als Akutkrankenhausbetten gelten normalerweise nur Betten, die für die „kurative Behandlung" gemäß der Definition des Handbuchs zum *System of Health Accounts* (OECD, 2000) bestimmt sind. Zwischen den Ländern und im Zeitverlauf bestehen jedoch Unterschiede bei den der „Akutbehandlung" zugerechneten bzw. nicht zugerechneten Leistungsarten (z.B. in Bezug auf den Umfang der Ausklammerung der Betten für Langzeitpflege, Rehabilitation und palliative Behandlung), die die Vergleichbarkeit der Daten beeinträchtigt. Einige Länder (z.B. Australien, Deutschland, Irland, Kanada, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Polen, Portugal, Spanien, Schweiz, Türkei und Vereinigte Staaten) geben bei den Betten für die Akutversorgung die Gesamtbettenzahl in allen Allgemein- bzw. Akutkrankenhäusern an. Ein Teil dieser Betten wird jedoch u.U. für andere Zwecke, z.B. für die Langzeitpflege, genutzt (z.B. in Japan und Korea). In den Niederlanden basiert die Kalkulation der Belegungsraten auf der Zahl der konzessionierten statt der Zahl der aufgestellten Betten, was eine leichte Untererfassung bewirkt (die Zahl der konzessionierten Betten kann 2-10% höher sein als die Zahl der aufgestellten Betten). Die Zahl der Betten im privaten Sektor ist in Ungarn und Irland nicht oder nur teilweise berücksichtigt. Die Daten für Finnland basieren nicht auf einer effektiven Zählung der Betten, sondern wurden geschätzt, indem die Zahl der Krankenhaustage in der Akutversorgung durch die Gesamtzahl der Tage des Jahres (365) dividiert wurde; das führt insofern zu einer Unterzeichnung, als die Belegungsrate niedriger als die unterstellte Rate von 100% ist.

Die Belegungsrate der Akutbetten errechnet sich aus der Zahl der Krankenhausbettentage in der Akutversorgung, dividiert durch die Zahl der aufgestellten Betten für die Akutversorgung, multipliziert mit der Gesamtzahl der Tage (365).

4.3.1 Akutbetten je 1 000 Einwohner, 1995 und 2007 (oder nächstgelegenes Jahr)



4.3.2 Belegungsrate der Akutbetten, 1995 und 2007 (oder nächstgelegenes Jahr)



Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2009.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/803713587887

4.4. Krankenhausfälle

Die Zahl der Krankenhausfälle bzw. Krankenhaushäufigkeit gibt Aufschluss über die Zahl der Personen, die pro Jahr mindestens eine Nacht in einem Krankenhaus verbringen. Zusammen mit der durchschnittlichen Verweildauer ist sie eine wichtige Messgröße der Aktivität der Krankenhäuser. Allerdings sind Unterschiede beim Case-Mix (d.h. in der Schwere der behandelten Krankheiten) in der Gesamtzahl der Krankenhausfälle nicht berücksichtigt.

Die Krankenhaushäufigkeit ist in Österreich und Frankreich am höchsten, wenngleich sich der hohe Wert in Frankreich teilweise dadurch erklären lässt, dass einige Entlassungen am Einlieferungstag eingerechnet werden (Abbildung 4.4.1). In Deutschland, der Tschechischen Republik, Polen und der Slowakischen Republik ist die Krankenhaushäufigkeit ebenfalls hoch. Am niedrigsten ist sie in Mexiko und Kanada. In der Regel weisen die Länder, die über eine höhere Zahl von Krankenhausbetten verfügen, auch eine höhere Krankenhaushäufigkeit auf – und umgekehrt (vgl. Indikator 4.3 „Krankenhausbetten").

In den letzten zehn Jahren ist die Zahl der Krankenhausfälle in einigen Ländern gestiegen, insbesondere in Korea und der Türkei, wo das Ausgangsniveau relativ niedrig war. In anderen Ländern wie Australien, Spanien und den Vereinigten Staaten ist sie stabil geblieben, während sie in Kanada, Italien und Island stark gesunken ist. In Kanada ging der deutliche Rückgang der Zahl der Krankenhausfälle mit einem starken Anstieg der ambulanten Eingriffe in Krankenhäusern oder anderen Einrichtungen einher (CIHI, 2007).

Die ältere Bevölkerung macht in allen Ländern einen überproportional hohen Anteil der gesamten Krankenhausfälle aus. In den Vereinigten Staaten betrafen 24% aller Krankenhausfälle des Jahres 2006 Personen ab 75 Jahre, womit deren Anteil im Vergleich zu 1990 um 16% gestiegen ist. Die Bevölkerungsalterung könnte allerdings ein weniger bedeutender Erklärungsfaktor für die Veränderungen bei den Krankenhausfällen sein als die durch Fortschritte der Medizintechnik bedingten Umstellungen in der klinischen Praxis. So hat sich z.B. in den Vereinigten Staaten die Zahl der Krankenhausaufenthalte zur Durchführung mindestens eines Revaskularisationsverfahrens (wie Koronarangioplastien oder Bypassoperationen mit arteriellen Grafts) bei Personen im Alter von 75-84 Jahren zwischen 1990 und 2006 verdoppelt (NCHS, 2009).

Im Durchschnitt der OECD-Länder waren die häufigsten Ursachen für Krankenhauseinweisungen 2007 Krankheiten des Kreislaufsystems, wie ischämische Herzkrankheit, Schlaganfall und andere Erkrankungen (13% aller Fälle), Schwangerschaft und Geburt (11%), Krankheiten des Verdauungstraktes (10%), Verletzungen und andere Folgen äußerer Einwirkungen (9%) sowie Krebs (9%).

Österreich verzeichnet die höchste Zahl an Krankenhausfällen wegen Herz-Kreislauf-Krankheiten, gefolgt von Deutschland, Ungarn und Polen (Abbildung 4.4.2). Der hohe Wert in Ungarn geht mit hohen Sterberaten wegen Kreislauferkrankungen einher, die als Hilfsindikator für die Häufigkeit dieser Krankheiten betrachtet werden können (vgl. Indikator 1.4 „Mortalität durch Herzerkrankung und Schlaganfall"). Diese Relation ist im Fall der drei anderen Länder mit hoher Krankenhaushäufigkeit weniger ausgeprägt. In Deutschland geht die hohe Krankenhaushäufigkeit für ischämische Herzkrankheiten mit der höchsten Häufigkeit von Revaskularisationsverfahren einher (vgl. Indikator 4.6 „Kardiovaskuläre Eingriffe").

Österreich, Ungarn, Deutschland und Polen weisen außerdem die höchste Krankenhaushäufigkeit wegen Krebs auf (Abbildung 4.4.3). Der hohe Wert in Ungarn und Polen geht mit einer hohen Mortalität durch Krebs einher, die ebenfalls als Hilfsindikator für die Häufigkeit dieser Krankheit betrachtet werden kann (vgl. Indikator 1.5 „Mortalität durch Krebs"). Dies gilt allerdings nicht für Deutschland und Österreich. In Österreich hängt der hohe Wert mit einer hohen Wiedereinweisungsrate für weitere Untersuchungen und Behandlungen von Krebspatienten zusammen (Europäische Kommission, 2008a).

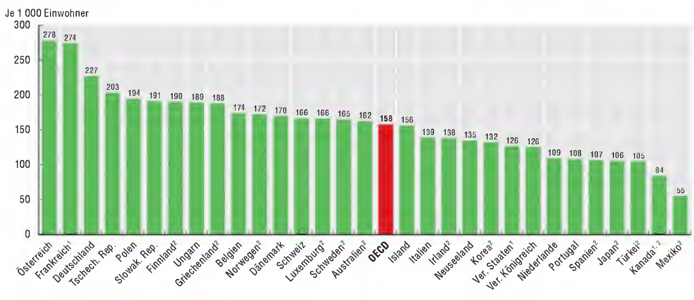
Definition und Abweichungen

Die Krankenhausfälle werden definiert als die Zahl der Entlassungen von Patienten, die mindestens eine Nacht im Krankenhaus verbracht haben. Darunter werden auch die Sterbefälle nach stationärer Behandlung erfasst. Nicht berücksichtigt sind gewöhnlich Personen, die am Tag der Einweisung wieder entlassen werden, außer in Kanada, Frankreich und den Vereinigten Staaten, wo solche Fälle manchmal einbezogen werden.

In einigen Ländern (z.B. Australien, Finnland, Griechenland, Irland, Japan, Kanada, Korea, Luxemburg, Mexiko, Norwegen, Schweden und der Türkei) bleiben in Krankenhäusern geborene gesunde Säuglinge vollständig (oder fast vollständig) unberücksichtigt. In Irland werden Krankenhausfälle im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Entbindung sowie bestimmten Vorfällen während der perinatalen Periode nicht eingerechnet.

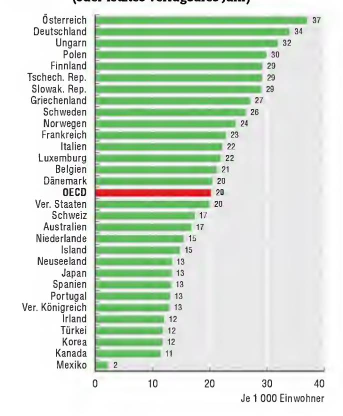
In manchen Ländern sind nicht alle Krankenhäuser berücksichtigt. Die Daten für Dänemark, Irland, Mexiko, Polen und das Vereinigte Königreich beschränken sich auf öffentliche oder mit öffentlichen Mitteln finanzierte Krankenhäuser. Daten für Portugal betreffen nur Krankenhäuser auf dem Festland (die Azoren und Madeira sind ausgeklammert).

4.4.1 Krankenhausfälle je 1 000 Einwohner, 2007 (oder letztes verfügbares Jahr)

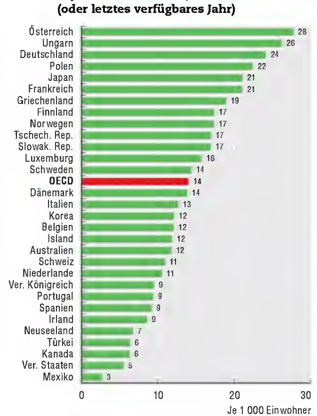


1. Einschließlich Tagesfälle.
2. Ohne in Krankenhäusern geborene gesunde Säuglinge.

4.4.2 Krankenhausfälle wegen Herz-Kreislauf-Krankheiten je 1 000 Einwohner, 2007 (oder letztes verfügbares Jahr)



4.4.3 Krankenhausfälle wegen Krebserkrankungen je 1 000 Einwohner, 2007 (oder letztes verfügbares Jahr)



Quelle: *OECD-Gesundheitsdaten 2009.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/803734738726

4.5. Durchschnittliche Krankenhausverweildauer

Die durchschnittliche Krankenhausverweildauer wird oft als Effizienzindikator herangezogen. Bei sonst gleichen Bedingungen verringern sich bei einer kürzeren Verweildauer die Kosten je Krankenhausfall und es findet eine Verlagerung von der stationären auf die weniger kostspielige Postakutbehandlung statt. Ein kürzerer Aufenthalt ist in der Tendenz jedoch leistungsintensiver, so dass die Kosten je Krankenhaustag höher sind. Außerdem könnte eine zu geringe Verweildauer auch negative Auswirkungen auf den Gesundheitszustand haben oder das Wohlbefinden und die Erholung des Patienten beeinträchtigen. Führt das zu einem Anstieg der Wiedereinweisungsraten, sinken die Kosten je Krankheitsfall u.U. nur geringfügig, wenn sie nicht sogar steigen.

Im Jahr 2007 lag die durchschnittliche Verweildauer bei Akutbehandlungen für alle Erkrankungen in einigen nordischen Ländern (Dänemark, Finnland, Schweden) sowie in Mexiko und der Türkei (unter fünf Tagen) am niedrigsten und in Japan (19 Tage) am höchsten, gefolgt von Deutschland und der Schweiz (fast acht Tage). Der OECD-Durchschnitt lag bei 6,5 Tagen (Abbildung 4.5.1). Zur Erklärung dieser länderspezifischen Unterschiede können verschiedene Faktoren beitragen. Die kurze Verweildauer in Finnland hängt zumindest teilweise mit der Verfügbarkeit von Betten für Rekonvaleszenten in Gesundheitszentren zusammen (OECD, 2005b). Demgegenüber könnten das reichliche Bettenangebot und die Struktur der Krankenhauszahlungen in Japan die Krankenhäuser veranlasst haben, die Patienten länger zu halten (vgl. Indikator 4.3 „Krankenhausbetten"). Auch die den Zahlungsmodalitäten der Krankenhäuser inhärenten finanziellen Anreize können in anderen Ländern die Verweildauer beeinflussen. So hat z.B. die in der Schweiz vorherrschende Bettentage-Abrechnung eine Verlängerung der Verweildauer in Krankenhäusern gefördert (OECD und WHO, 2006).

Die durchschnittliche Verweildauer in der Akutversorgung ist in fast allen OECD-Ländern gesunken – zwischen 1995 und 2007 im Durchschnitt der OECD-Länder von 8,7 Tagen auf 6,5 Tage (Abbildung 4.5.1). Besonders deutlich fiel der in diesem Zeitraum verzeichnete Rückgang der durchschnittlichen Verweildauer in Ländern aus, in denen sie 1995 noch relativ hoch war (Japan, Deutschland, Niederlande, Schweiz, Tschechische Republik, Slowakische Republik, Ungarn und Polen). Dieser Rückgang kann auf mehrere Faktoren zurückgeführt werden, darunter der Einsatz weniger invasiver chirurgischer Verfahren, Veränderungen in den Kostenabrechnungsmethoden der Krankenhäuser in Richtung auf vorausschauende Zahlungssysteme sowie der Ausbau von Programmen zur Förderung von Frühentlassungen, dank denen die Patienten bei sich zu Hause weiterversorgt werden können.

Durch die Betrachtung der durchschnittlichen Verweildauern für bestimmte Pathologien ist es möglich, einen Teil der Heterogenität auszuschalten, die aus den Unterschieden bei Case-Mix und Schweregrad der in den einzelnen Ländern in der Akutversorgung behandelten Pathologien resultiert. Abbildung 4.5.3 zeigt, dass die durchschnittliche Verweildauer nach einer normalen Entbindung von weniger als zwei Tagen in Mexiko, der Türkei, dem Vereinigten Königreich und Kanada bis zu fünf Tagen oder mehr in Ungarn, der Slowakischen Republik, der Schweiz und der Tschechischen Republik reicht. Die durchschnittliche Verweildauer nach einer normalen Entbindung ist im Verlauf der vergangenen zehn Jahre in fast allen Ländern zurückgegangen und zwischen 1995 und 2007 im Durchschnitt der OECD-Länder von 4,3 Tagen auf 3,2 Tage gesunken.

In den vergangenen zehn Jahren war auch die durchschnittliche Verweildauer nach einem akuten Myokardinfarkt (AMI oder Herzinfarkt) rückläufig. 2007 war die durchschnittliche Verweildauer nach einem Myokardinfarkt in der Türkei, einigen nordischen Ländern (Norwegen, Schweden und Dänemark) und den Vereinigten Staaten am niedrigsten (weniger als sechs Tage). Sie betrug hingegen 11 Tage oder mehr in Finnland und Deutschland (Abbildung 4.5.2). Bei solchen Ländervergleichen ist jedoch Vorsicht geboten. So werden darunter z.B. in Finnland u.U. auch Patienten gezählt, die wegen eines Myokardinfarkts eingeliefert wurden, aber keine Akutbehandlung mehr erhalten und somit als Langzeitpatienten betrachtet werden können (Moïse *et al.*, 2003).

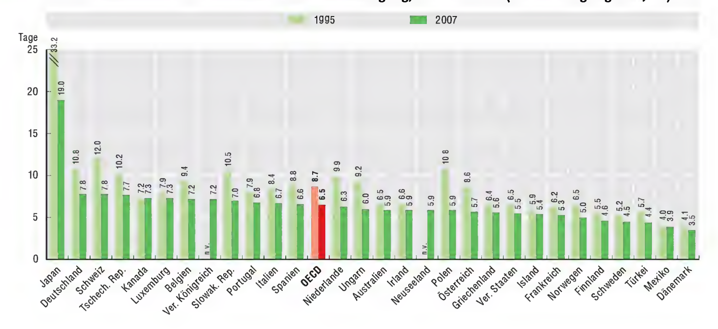
Definition und Abweichungen

Die durchschnittliche Verweildauer in der Akutversorgung bezieht sich auf die durchschnittliche Zahl der Tage, die die Patienten im Krankenhaus verbringen. Sie wird im Allgemeinen berechnet, indem die jährliche Gesamtzahl der Krankenhaustage aller Patienten in der Akutversorgung durch die Zahl der Krankenhausfälle dividiert wird.

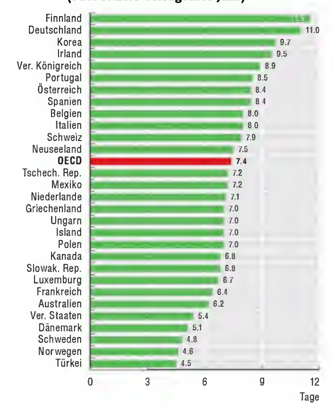
Die Definition der Akutbehandlung umfasst alle Leistungsarten, die im Rahmen der „kurativen Behandlung" gemäß der Definition des Handbuchs zum *System of Health Accounts* (OECD, 2000) erbracht werden. Zwischen den Ländern bestehen jedoch Unterschiede in Bezug auf die der Akutbehandlung zugerechneten Leistungsarten, wodurch die Vergleichbarkeit der Daten eingeschränkt wird (z.B. bei der Zuordnung der Betten für Rehabilitation, Palliativbehandlung und Langzeitpflege).

Bei der Berechnung der durchschnittlichen Verweildauer im Krankenhaus werden die Krankenhausfälle von im Krankenhaus geborenen gesunden Säuglingen in einigen Ländern nicht oder nur teilweise eingerechnet. Eine Einbeziehung gesunder Neugeborener würde die durchschnittliche Verweildauer in diesen Ländern verringern (z.B. um etwa einen halben Tag in Kanada).

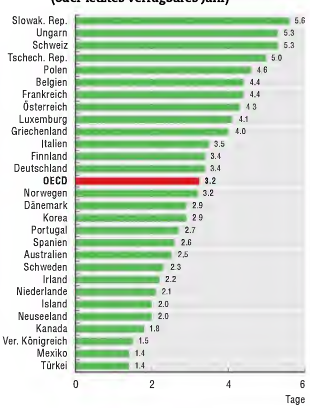
4.5.1 Durchschnittliche Verweildauer in der Akutversorgung, 1995 und 2007 (oder nächstgelegenes Jahr)



4.5.2 Durchschnittliche Verweildauer nach einem akuten Myokardinfarkt (AMI), 2007 (oder letztes verfügbares Jahr)



4.5.3 Durchschnittliche Verweildauer nach einer normalen Entbindung, 2007 (oder letztes verfügbares Jahr)



Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2009.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/803737711273

4.6. Kardiovaskuläre Eingriffe (Bypassoperationen und Koronarangioplastien)

Herzkrankheiten sind eine der wichtigsten Hospitalisierungs- und Todesursachen in den OECD-Ländern (vgl. Indikator 1.4). Bypassoperationen mit arteriellen Grafts und Koronarangioplastien sind zwei Revaskularisationsverfahren, die die Behandlung von ischämischen Herzkrankheiten im Lauf der letzten Jahrzehnte revolutioniert haben.

Zwischen den verschiedenen Ländern bestehen erhebliche Unterschiede in Bezug auf die Häufigkeit sowohl von Koronarbypassoperationen als auch von Koronarangioplastien (Abbildung 4.6.1). Im Jahr 2007 wurden in Deutschland, den Vereinigten Staaten und Belgien die meisten koronaren Angioplastien durchgeführt. In diesen Ländern gab es auch die meisten Bypassoperationen mit arteriellen Grafts. Während auf der Ebene der einzelnen Patienten die koronare Angioplastie die koronare Bypassoperation ersetzen kann, geht auf globaler Ebene eine höhere Anzahl von Angioplastien in einem Land *nicht* mit einer niedrigeren Zahl von Bypassoperationen einher. Die Länder, die eine hohe Anzahl eines der beiden Revaskularisationsverfahren aufweisen, verwenden tendenziell auch das andere Verfahren in hohem Maß.

In Belgien lässt sich die hohe Zahl sowohl der Koronarangioplastien als auch der Bypassoperationen teilweise auf eine beträchtliche Anzahl von gebietsfremden Patienten zurückführen, die in belgischen Krankenhäusern behandelt werden. Im Jahr 2006 waren 2,5% der Patienten, die in einem belgischen Krankenhaus stationär eine Angioplastie erhielten, Gebietsfremde; dieser Anteil erreichte bei den durch eine Bypassoperation behandelten Patienten etwa 4% (Europäische Kommission, 2008a).

Der Einsatz der Koronarangioplastie hat seit 1990 in den meisten OECD-Ländern rasch zugenommen und löste Mitte der 1990er Jahre die Bypasschirurgie als bevorzugtes Revaskularisationsverfahren ab – etwa zur gleichen Zeit, als die ersten Versuchsdaten zur Wirksamkeit von koronaren Stents veröffentlicht wurden (Moïse, 2003). Die Einführung der „Drug-eluting Stents“ (mit Medikamenten beschichtete Stents) und der abnehmende Einsatz der koronaren Bypasschirurgie in den meisten OECD-Ländern haben diesen Trend in den letzten Jahren weiter verstärkt. In den meisten Ländern beträgt der Anteil der Koronarangioplastien mittlerweile zwischen 65% und 80% der gesamten Revaskularisationsverfahren (Abbildung 4.6.2). Wenngleich die Angioplastie in vielen Fällen die Bypasschirurgie ersetzt hat, stellt sie keinen perfekten Ersatz dar, da die Bypasschirurgie nach wie vor die bevorzugte Methode für die operative Behandlung koronarer Mehrgefäßerkrankungen sowie bei Diabetes und anderen Pathologien ist (Taggart, 2009).

Mehrere Gründe können die Länderunterschiede bei der Anzahl der Revaskularisationsverfahren erklären, darunter: *a)* Unterschiede bei der Inzidenz und Prävalenz ischämischer Herzkrankheiten, *b)* Unterschiede bei den Möglichkeiten, solche Verfahren durchzuführen und zu bezahlen, *c)* Unterschiede bei den Richtlinien und Praktiken der klinischen Behandlung, *d)* Kodierungs- und Meldeverfahren für solche Operationen.

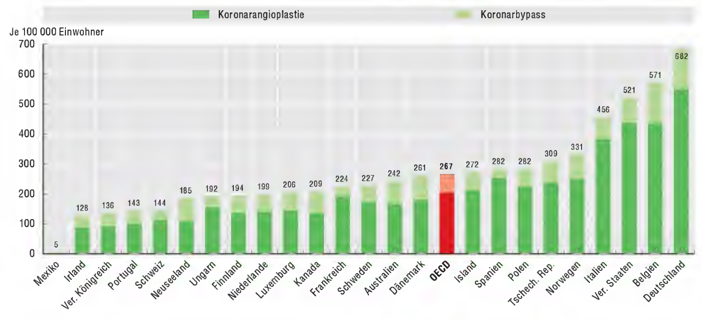
Die starken Abweichungen zwischen den Ländern bei der Anzahl der Revaskularisationsverfahren scheinen nicht in enger Verbindung mit der Inzidenz ischämischer Herzkrankheiten (KHK), gemessen an der durch KHK verursachten Sterberate, zu stehen. Die KHK-Sterberate in Deutschland liegt nur leicht über dem Durchschnitt der OECD-Länder, doch weist Deutschland die höchste Anzahl an Revaskularisationsverfahren auf. Andererseits liegt die KHK-Sterberate in Ungarn und Finnland weit über dem OECD-Durchschnitt, während die Zahl der Revaskularisationsverfahren unterdurchschnittlich ist. Manche Länder nutzen Revaskularisationsverfahren möglicherweise zu wenig, während andere vielleicht zu zahlreiche teure Interventionen durchführen, die nur wenig Nutzen bringen.

Definition und Abweichungen

Eine Koronarbypassoperation ist ein Eingriff, bei dem der Blutfluss durch ein transplantiertes Gefäßstück um eine verengte Arterie herumgeleitet wird. Es kann sein, dass bei einer solchen Operation nur eine verengte Arterie überbrückt wird, häufiger ist jedoch der Mehrfachbypass. Bei einer Koronarangioplastie wird ein Ballonkatheter über einen Führungsdraht, zumeist ausgehend von der Femoralarterie im Bein, durch das Arteriensystem bis in das verengte Herzkranzgefäß gezogen. Dort wird der Ballon dann aufgeblasen, um das verengte Gefäß aufzudehnen. Die meisten Angioplastien gehen mit dem Einsatz eines Stents einher, damit die Arterie offen bleibt. Sogenannte „Drug-eluting Stents“ (Stents, die nach und nach Medikamente freisetzen) werden verstärkt dazu eingesetzt, die Neubildung von Gewebe (Restenose) um den Stent herum zu hemmen.

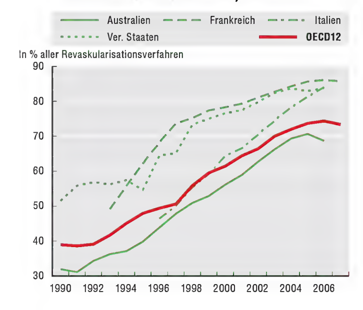
Die Zahlen betreffen stationäre Verfahren, meistens werden *alle* Verfahren gezählt. Allerdings weichen die Klassifizierungs- und Meldeverfahren je nach Land voneinander ab, und dasselbe Verfahren kann unterschiedlich verbucht werden (z.B. kann eine Angioplastie mit Stentsetzung als ein oder zwei Verfahren gezählt werden). In manchen (Ländern wird nur das *Hauptverfahren* verbucht (oder die Zahl der *Patienten*, an denen ein oder mehr Verfahren durchgeführt werden), woraus sich eine Untererfassung der Gesamtzahl ergibt. Dies gilt für die Niederlande, Spanien und die Vereinigten Staaten (für koronare Bypassoperationen). In Irland werden nur die Daten erfasst, die Aktivitäten in öffentlich finanzierten Krankenhäusern betreffen (schätzungsweise über 10% aller Krankenhausaktivitäten in Irland finden in privaten Krankenhäusern statt). In sämtlichen Ländern enthalten die Daten nicht die ambulant durchgeführten koronaren Angioplastien.

4.6.1 Koronare Revaskularisationsverfahren, je 100 000 Einwohner, 2007 (oder letztes verfügbares Jahr)

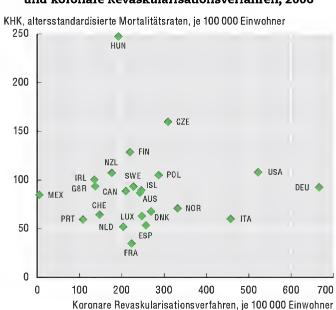


Anmerkung: Einige der Unterschiede zwischen den Ländern sind durch unterschiedliche Einordnungs- und Registrierungssysteme bedingt.

4.6.2 Koronarangioplastie, prozentualer Anteil an allen Revaskularisationsverfahren, 1990-2007



4.6.3 Mortalität durch ischämische Herzkrankheiten und koronare Revaskularisationsverfahren, 2006



Quelle: *OECD-Gesundheitsdaten 2009.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/803781080837

4.7. Behandlung von Nierenversagen (Dialyse und Nierentransplantationen)

Bei der Niereninsuffizienz im Endstadium (terminale Niereninsuffizienz) handelt es sich um einen Zustand, bei dem die Nieren auf Dauer geschädigt sind und nicht mehr normal funktionieren können. Zu den wichtigsten Risikofaktoren für die Niereninsuffizienz im Endstadium gehören Diabetes und Bluthochdruck, zwei Beschwerden, deren Vorkommen in den OECD-Ländern immer häufiger wird. In den Vereinigten Staaten lautete die Primärdiagnose aller Patienten mit terminaler Niereninsuffizienz zu 60% auf Diabetes und Bluthochdruck (37% Diabetes und 24% Bluthochdruck) (USRDS, 2008). Haben Patienten einmal dieses Stadium erreicht, ist als Behandlung entweder die Dialyse oder eine Nierentransplantation erforderlich. Die Behandlung in Form der Dialyse ist im Allgemeinen kostenaufwendiger und führt für den Patienten zu einer stärkeren Beeinträchtigung der Lebensqualität als eine erfolgreiche Nierentransplantation, was durch die Tatsache bedingt ist, dass die Dialyse ständig wiederholt werden muss.

Unter Berücksichtigung beider Behandlungsverfahren ist festzustellen, dass sich der Anteil der behandelten Personen mit terminaler Niereninsuffizienz in den OECD-Ländern in den letzten zwanzig Jahren im Jahresdurchschnitt um fast 6% erhöht hat (Abbildung 4.7.2). Dies bedeutet, dass die Häufigkeit der Behandlungen auf Grund von terminaler Niereninsuffizienz 2007 gegenüber 1985 um den Faktor drei zugenommen hat. Die höchsten Raten waren 2007 mit über 160 behandelten Patienten je 100 000 Einwohner in Japan und den Vereinigten Staaten zu verzeichnen (Abbildung 4.7.1). Gefolgt wurden sie von Portugal, das die höchste Wachstumsrate seit 1985 aufwies. Warum die Behandlungsraten infolge terminaler Niereninsuffizienz in diesen Ländern derart hoch sind, ist unklar, doch scheint diese Tatsache nicht nur oder nicht in erster Linie auf eine stärkere Verbreitung von Diabetes zurückzuführen zu sein, da diese Erkrankung dort nicht unbedingt häufiger vorkommt als in anderen OECD-Ländern (vgl. Indikator 1.12. „Diabetes-Prävalenz und -Inzidenz").

In den meisten OECD-Ländern wird die Mehrzahl der Patienten mit terminaler Niereninsuffizienz durch Dialyse behandelt, während Nierentransplantationen demgegenüber weniger häufig sind. Dies ist auf die Tatsache zurückzuführen, dass die Zahl der an terminaler Niereninsuffizienz leidenden Personen in vielen Ländern zwar stark zugenommen hat, der Zahl der Nierentransplantationen auf Grund der fehlenden Spender aber Grenzen gesetzt sind. Ausnahmen sind Länder wie Finnland, Island und die Niederlande, wo die Zahl der Patienten mit terminaler Niereninsuffizienz insgesamt relativ gering ist.

Der Anteil der Dialysepatienten in Japan, und in geringerem Maße auch in den Vereinigten Staaten, ist wesentlich höher als in anderen Ländern (Abbildung 4.7.3). In Japan ist dies zum Teil durch die Tatsache bedingt, dass die Nierentransplantationsraten dort die niedrigsten aller OECD-Länder sind, was bedeutet, dass fast alle japanischen Patienten mit terminaler Niereninsuffizienz durch Dialyse behandelt werden. In allen Ländern ist die Zahl der Dialysepatienten in den letzten zwanzig Jahren stark gestiegen.

Auf Grund des geringen Angebots an Spendernieren werden Transplantationen an Patienten mit terminaler Niereninsuffizienz normalerweise dann durchgeführt, wenn die Betreffenden ohne ständige zeitaufwendige und belastende Dialysen nicht leben können. Bei erfolgreich durchgeführter Nierentransplantation kann der Betreffende wieder ein fast normales Leben ohne strenge Diät und Einschränkungen seiner Aktivität führen. Fortschritte im Bereich der Operationstechniken und die Entwicklung neuer Arzneimittel, die die Abstoßung des verpflanzten Organs verhindern, haben es ermöglicht, mehr Transplantationen bei höherer Erfolgsquote durchzuführen als dies vor zwanzig Jahren der Fall war. Die Zahl der Menschen, die mit einem funktionierenden Nierentransplantat leben, hat sich in allen Ländern mit verfügbaren Daten seit 1985 kontinuierlich erhöht. Sie stieg im Zeitraum 1985-2007 im OECD-Durchschnitt von 8 auf 34 Personen mit funktionierender transplantierter Niere je 100 000 Einwohner (Abbildung 4.7.4). Die höchsten Raten verzeichneten 2007 die Vereinigten Staaten, Portugal und Österreich mit über 45 Personen mit funktionierender transplantierter Niere je 100 000 Einwohner. Demgegenüber war der Anteil der Personen, die eine Spenderniere erhielten, in Japan am geringsten, gefolgt von Korea und der Slowakischen Republik.

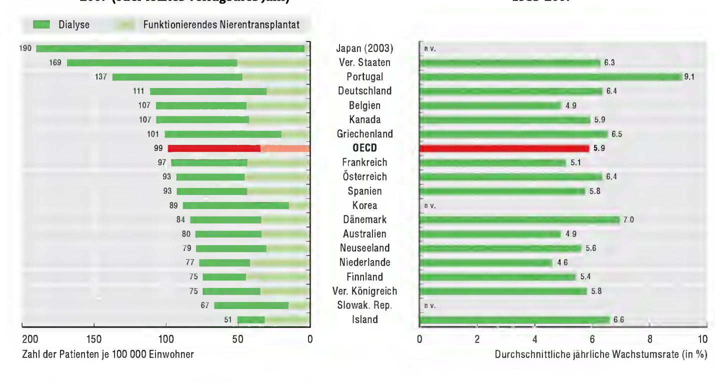
In vielen Ländern hat sich die Zahl der Personen, die auf eine Nierenspende warten, erhöht, da die Nachfrage nach Transplantationen die Zahl der Spender heute bei weitem übersteigt. Einfluss auf die Höhe der Transplantationsrate haben auch kulturelle Faktoren und Traditionen; in einigen Ländern wie z.B. Japan ist die Akzeptanz der Transplantation offenbar noch gering.

Definition und Abweichungen

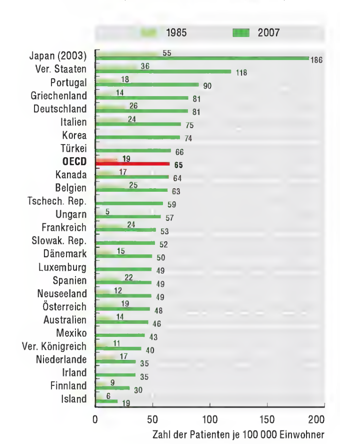
Die Zahl der behandelten Patienten mit terminaler Niereninsuffizienz bezieht sich auf die Zahl der Patienten am Jahresende, die verschiedene Arten der Nierenersatztherapie erhalten, d.h. Hämodialyse/Hämofiltration, intermittierende Peritonealdialyse (Bauchfelldialyse), kontinuierliche ambulante Peritonealdialyse, automatische Peritonealdialyse mit Cycler, oder die mit einer funktionierenden transplantierten Niere leben.

4.7.1 Anteil behandelter Personen mit terminaler Niereninsuffizienz, nach Behandlungsarten, 2007 (oder letztes verfügbares Jahr)

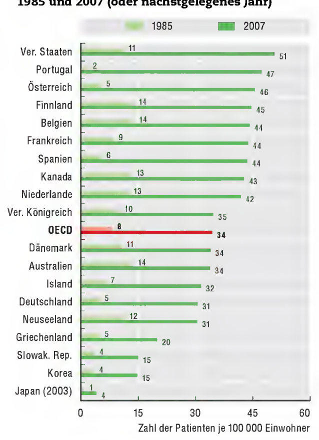
4.7.2 Zunahme der Häufigkeit der Behandlung an terminaler Niereninsuffizienz erkrankter Personen, 1985-2007



4.7.3 Zahl der Dialysepatienten, 1985 und 2007 (oder nächstgelegenes Jahr)



4.7.4 Zahl der Patienten, die mit einem funktionierenden Nierentransplantat leben, 1985 und 2007 (oder nächstgelegenes Jahr)



Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2009.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/803815247611

4.8. Kaiserschnitte

Die Kaiserschnittrate (in Prozent der Gesamtzahl der Lebendgeburten) hat im Lauf der vergangenen Jahrzehnte in allen OECD-Ländern zugenommen. Zu den Gründen für diesen Anstieg gehören u.a. die gesunkenen Risiken von Kaiserschnittgeburten, Haftungsfragen bei ärztlichen Kunstfehlern, die Bequemlichkeit der Planung sowohl für die Ärzte als auch für die Patienten und Veränderungen in der Beziehung zwischen Arzt und Patient. Dennoch führen Kaiserschnitte weiterhin zu einer erhöhten Sterberate bei den Müttern, einer erhöhten Morbidität bei Müttern und Neugeborenen sowie vermehrten Komplikationen bei den folgenden Geburten (Minkoff und Chervenak, 2003; Bewley und Cockburn, 2002; Villar *et al.*, 2006). Diese Probleme werfen in Verbindung mit den erhöhten finanziellen Kosten die Frage auf, ob die Kosten der Kaiserschnittentbindung nicht möglicherweise höher sind als ihr Nutzen.

Im Jahr 2007 gab es bei der Kaiserschnittrate erhebliche Abweichungen unter den OECD-Ländern (Abbildung 4.8.1), von einem Tiefstand von 14% in den Niederlanden bis zu einem Höchststand von fast 40% in Italien und Mexiko. Die Raten waren in Australien, Korea, Portugal, der Schweiz, der Türkei, Ungarn und den Vereinigten Staaten ebenfalls hoch (30% oder mehr). Der Durchschnitt der OECD-Länder betrug 26%. In den Niederlanden, wo Hausgeburten für Frauen mit Schwangerschaften ohne besondere Risiken eine übliche Wahlmöglichkeit sind, fanden im Jahr 2004 30% der Geburten zu Hause statt (Euro-Peristat, 2008).

Die Zunahme der Kaiserschnittraten hat sich in einigen OECD-Ländern im Lauf der 1990er Jahre verlangsamt oder sogar umgekehrt, was auf Veränderungen bei den geburtshilflichen Praktiken, darunter die versuchte vaginale Geburt (bei der eine Frau nach einem früheren Kaiserschnitt eine Geburt auf natürlichem Wege versucht), um die Zahl der Mehrfachkaiserschnitte zu senken (Lagrew und Adashek, 1998). Doch begann die Kaiserschnittrate bald wieder zu steigen, was einerseits an Berichten über Komplikationen bei der versuchten vaginalen Geburt und andererseits an anhaltenden Veränderungen bei den Präferenzen der Patientinnen lag (Sachs *et al.*, 1999). Andere Trends, wie die Zunahme der Erstgeburten bei älteren Frauen und der Anstieg der Mehrlingsgeburten in Folge von Kinderwunschbehandlung, trugen ebenso zum globalen Anstieg der Kaiserschnitte bei.

Die Zunahme der Kaiserschnittraten seit 1997 hat sich in den meisten OECD-Ländern rasch vollzogen (Abbildungen 4.8.2 und 4.8.3). Durchschnittliche Wachstumsraten von 4% oder mehr wurden in 12 OECD-Ländern verzeichnet, wobei die höchsten Anstiegsraten in Österreich, der Slowakischen Republik, Luxemburg, Dänemark, Irland und der Tschechischen Republik zu beobachten waren. Zwischen 1997 und 2007 sind die Kaiserschnittraten im Durchschnitt der OECD-Länder jährlich um 3,9% gestiegen. Finnland und Island weisen die niedrigsten Anstiegsraten auf und gehören zu den Ländern, in denen die Kaiserschnittrate im Jahr 2007 am niedrigsten war.

Die anhaltende Zunahme der Kaiserschnittgeburten ist nur teilweise durch Veränderungen bei den medizinischen Indikationen bedingt. Eine Untersuchung der Trends bei Kaiserschnittgeburten in den Vereinigten Staaten ergab, dass der Prozentsatz der Kaiserschnitte „ohne Risikoindikation" von 3,7% aller Entbindungen im Jahr 1996 auf 5,5% im Jahr 2001 gestiegen ist (Declercq *et al.*, 2005). In Frankreich ergab eine Untersuchung des französischen Krankenhausverbandes im Jahr 2008, dass die Kaiserschnittraten in privatwirtschaftlichen gewinnorientierten Einrichtungen höher lagen als in öffentlichen Einrichtungen, obwohl letztere auf kompliziertere Schwangerschaften ausgerichtet sind (FHF, 2008). Ein Überblick der Praxis bei Kaiserschnittentbindungen in Lateinamerika Ende der 1990er Jahre ergab ebenfalls eine höhere Kaiserschnittrate in Privatkrankenhäusern als in öffentlichen oder durch die Sozialversicherung finanzierten Krankenhäusern (Belizan *et al.*, 1999).

Wenngleich Kaiserschnittgeburten unter gewissen Umständen eindeutig erforderlich sind, ist die Debatte über die Vorteile des Kaiserschnitts im Verhältnis zur Normalentbindung bei komplikationsfreien Geburten noch nicht abgeschlossen. Berufsvereinigungen von Geburtshelfern und Gynäkologen in Ländern wie Kanada befürworten inzwischen die Förderung der Normalentbindung ohne Interventionen wie Kaiserschnitte (Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada *et al.*, 2008).

Definition und Abweichungen

Die Kaiserschnittrate ist die Zahl der Kaiserschnitte je 100 Lebendgeburten.

In Portugal wird im Nenner nur die Zahl der Lebendgeburten in öffentlichen Krankenhäusern in Festland-Portugal berücksichtigt (weshalb die Kaiserschnittrate zu hoch ausgewiesen ist). In Mexiko wird die Zahl der Kaiserschnitte auf der Basis von Meldungen der öffentlichen Krankenhäuser und Daten aus nationalen Gesundheitserhebungen geschätzt. Es muss auf Schätzungen zurückgegriffen werden, um die Untererfassung von Kaiserschnitten in privaten Einrichtungen zu korrigieren. Die kombinierte Zahl der Kaiserschnittgeburten wird dann durch die Gesamtzahl der Lebendgeburten nach den Schätzungen des nationalen Bevölkerungsrats (Population Council) dividiert.

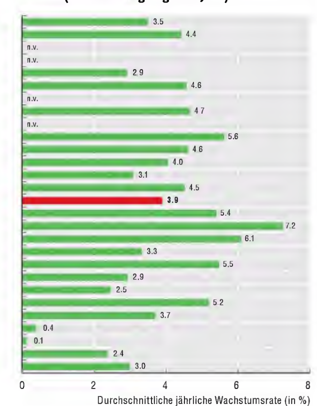
4.8.1 Kaiserschnitte je 100 Lebendgeburten, 2007 (oder letztes verfügbares Jahr)

Land	In %
Mexiko	39.9
Italien	39.7
Türkei	36.0
Korea	32.0
Portugal	31.2
Ver. Staaten	31.1
Ungarn	30.8
Australien	30.3
Schweiz	30.0
Luxemburg	29.2
Deutschland	28.5
Kanada	26.3
Spanien	26.0
Ver. Königreich	25.8
OECD	**25.7**
Irland	24.6
Österreich	24.4
Slowak. Rep.	23.5
Neuseeland	22.8
Dänemark	21.4
Frankreich	20.8
Polen	20.6
Tschech. Rep.	19.6
Belgien	17.8
Island	16.9
Finnland	16.0
Norwegen	15.9
Niederlande	14.0

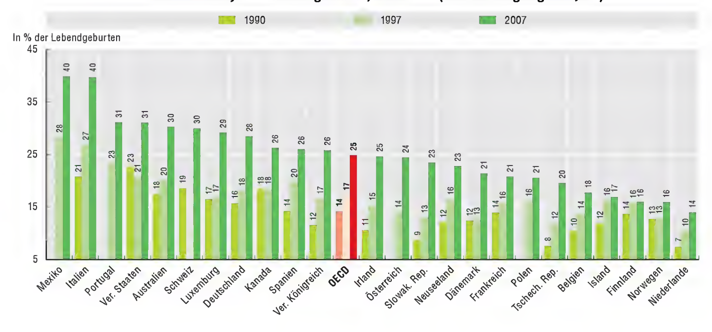
50 40 30 20 10 0

In %

4.8.2 Zunahme der Kaiserschnitte je 100 Lebendgeburten, 1997-2007 (oder nächstgelegenes Jahr)



4.8.3 Kaiserschnitte je 100 Lebendgeburten, 1990-2007 (oder nächstgelegenes Jahr)



Quelle: *OECD-Gesundheitsdaten 2009.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/803817022361

4.9. Kataraktoperationen

In den letzten zwanzig Jahren ist die Zahl der teilstationär durchgeführten chirurgischen Eingriffe im OECD-Raum stetig gestiegen. Möglich war dieser Anstieg dank technologischer Fortschritte in der Medizin, namentlich der zunehmenden Verbreitung weniger invasiver chirurgischer Verfahren und der Verbesserung der Anästhesiepraxis. Diese Innovationen haben die Effektivität und die Sicherheit der Patienten verbessert. Sie tragen durch die Verkürzung der Verweildauer auch zur Verringerung der Kosten je Eingriff bei. Allerdings hängen die gesamten Auswirkungen auf die Kosten davon ab, inwiefern eine stärkere Nutzung dieser Verfahren durch eine Minderung der Kosten je Eingriff ausgeglichen werden kann, unter Berücksichtigung der Kosten der sich an die Akutpflege anschließenden Nachbehandlung und der öffentlichen Gesundheitsversorgungsdienste.

Kataraktoperationen liefern ein gutes Beispiel für eine in großer Zahl durchgeführte Operation, die heute in den meisten OECD-Ländern hauptsächlich teilstationär erfolgt. Sie sind in den meisten OECD-Ländern inzwischen der am häufigsten vorgenommene chirurgische Eingriff.

Die Zahl der Kataraktoperationen je Einwohner schwankt zwischen nur 59 je 100 000 Einwohner in Mexiko und über 1 722 je 100 000 Einwohner in Belgien (Abbildung 4.9.1). Mögliche Gründe für die zwischen den Ländern feststellbaren Unterschiede sind sowohl Nachfragefaktoren (darunter eine ältere Bevölkerungsstruktur) als auch Angebotsfaktoren (z.B. größere Kapazitäten zur ambulanten oder stationären Durchführung der Operationen). Abweichende Berichtspraktiken für Kataraktoperationen setzen der Vergleichbarkeit der Daten jedoch auch Grenzen, insbesondere die in manchen Ländern feststellbare fehlende Erfassung ambulanter Operationen außerhalb der Krankenhäuser, die die niedrigen Raten in Irland und Polen erklären. Die sehr hohe Rate in Ländern wie Belgien lässt sich teilweise durch die Meldung von mehr als einem Verfahren je Eingriff erklären.

Die Zahl der Kataraktoperationen hat in den vergangenen zehn Jahren in den meisten OECD-Ländern zugenommen. Die Bevölkerungsalterung ist einer der Faktoren, die diesen Trendanstieg erklären, doch der nachgewiesene Erfolg, die Sicherheit und das positive Kosten-Nutzen-Verhältnis der Kataraktoperation auf ambulanter Basis mögen schwerer ins Gewicht fallen (Fedorowicz *et al.*, 2004).

Kataraktoperationen werden in den meisten OECD-Ländern hauptsächlich teilstationär vorgenommen. Die teilstationär durchgeführten Operationen stellen in der Mehrzahl der Länder, für die Daten vorliegen, 90% oder mehr aller Kataraktoperationen dar (Abbildung 4.9.2). Allerdings ist die Verbreitung der teilstationären chirurgischen Behandlung in manchen Ländern, z.B. in Polen und Ungarn, noch relativ niedrig. Dies erklärt sich möglicherweise durch günstigere Erstattungsbedingungen für stationäre Aufenthalte, durch landesspezifische Regeln und durch Schwierigkeiten bei der Veränderung der individuellen Arbeitsgewohnheiten von Chirurgen und Anästhesisten (Castoro *et al.*, 2007) sowie durch Einschränkungen bei der Datenerfassung. In Frankreich ist der Anteil der teilstationär durchgeführten Kataraktoperationen im vergangenen Jahrzehnt rasch gestiegen, von 19% im Jahr 1997 auf 63% im Jahr 2007, bleibt jedoch noch immer unter dem Niveau vieler anderer OECD-Länder. In mehreren OECD-Ländern besteht noch Spielraum für eine Erhöhung des Anteils der teilstationär durchgeführten Operationen.

In Schweden gibt es Hinweise darauf, dass Kataraktoperationen inzwischen an Patienten vorgenommen werden, die unter weniger schweren Sehproblemen leiden, als dies noch vor fünf oder zehn Jahren der Fall war. Deshalb stellt sich die Frage, inwiefern die Bedürfnisse dieser Patienten im Verhältnis zu denen anderer Patientengruppen prioritär zu behandeln sind (Swedish Association of Local Authorities and Regions and National Board of Health and Welfare, 2008).

Definition und Abweichungen

Bei Kataraktoperationen wird die Augenlinse wegen des Vorhandenseins von Katarakten, die zu einer teilweisen oder vollständigen Eintrübung der Linse führen, entfernt und durch eine künstliche Linse ersetzt. Der chirurgische Eingriff kann teilstationär oder mit Übernachtung im Krankenhaus durchgeführt werden. Teilstationäre Eingriffe können in einem Krankenhaus oder einer Klinik stattfinden. Allerdings berücksichtigen die Daten für die meisten Länder nur die Eingriffe, die in Krankenhäusern durchgeführt werden. Bei Ländervergleichen mit den verfügbaren Daten ist deshalb angesichts der unvollständigen Erfassung der teilstationären Eingriffe in einigen Ländern Vorsicht geboten.

Dänemark zählt nur die Kataraktoperationen in öffentlichen Krankenhäusern, unter Ausschluss des Bereichs der ambulanten Pflege und der Privatkrankenhäuser. Auch in Irland erfassen die Daten nur Eingriffe in öffentlichen Krankenhäusern (Schätzungen zufolge finden über 10% der Krankenhausaktivitäten in Irland in Privatkrankenhäusern statt). Die Daten für Spanien berücksichtigen die Aktivitäten in Privatkrankenhäusern nur teilweise.

Außerdem bestehen zwischen den Ländern auch Unterschiede bei der Einordnung und verwaltungsmäßigen Verbuchung der Kataraktoperationen, die beispielsweise als eine einzige Operation mit mindestens zwei Schritten (Entfernen der Linse und Einsetzen der künstlichen Linse) oder als zwei separate chirurgische Eingriffe gezählt werden können.

4.9.1 Zahl der Kataraktoperationen, stationär und Tagesfälle, je 100 000 Einwohner, 1997 und 2007 (oder nächstgelegenes Jahr)



Anmerkung: Einige der Unterschiede zwischen den Ländern sind durch unterschiedliche Einordnungs- und Registrierungssysteme bedingt.

4.9.2 Anteil der Kataraktoperationen, Tagesfälle, 1997 und 2007 (oder nächstgelegenes Jahr)



Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2009.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/803834807637

4.10. Arzneimittelverbrauch

Der Arzneimittelverbrauch steigt in den OECD-Ländern, nicht nur von den Ausgaben her (vgl. Indikator 7.4 „Arzneimittelausgaben“), sondern auch dem Volumen (bzw. der Menge) nach. Einer der Faktoren, die zum Anstieg des Arzneimittelkonsums beigetragen haben, ist die Bevölkerungsalterung, die mit einer wachsenden Nachfrage nach Arzneimitteln zur Behandlung oder zumindest zur Bekämpfung verschiedener altersbedingter Krankheiten einhergeht. Der Trend zum Anstieg des Arzneimittelverbrauchs wird aber auch in Ländern beobachtet, in denen der Prozess der Bevölkerungsalterung weniger fortgeschritten ist, was darauf hindeutet, dass andere Faktoren wie beispielsweise das Verschreibungsverhalten der Ärzte oder das Ausmaß der Kostenbeteiligung der Patienten ebenfalls eine Rolle spielen.

Dieser Teil enthält Informationen über das derzeitige Niveau und die Wachstumsrate des Verbrauchs bei vier Arzneimittelkategorien: Antidiabetika, Antidepressiva, cholesterinsenkende Medikamente und Antibiotika. Eine Messung des Verbrauchsvolumens dieser Arzneimittel erfolgt anhand der auf Empfehlung des Collaborating Center for Drug Statistics der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verwendeten Rechengröße „definierte Tagesdosis“ (DDD) (vgl. „Definition und Abweichungen“).

So ist festzustellen, dass die Medikamente zur Behandlung von Diabetes in den einzelnen Ländern derzeit in ganz unterschiedlicher Menge konsumiert werden, wobei der Verbrauch in Island nur ein Drittel des Verbrauchs in Finnland, Deutschland und Griechenland erreicht (Abbildung 4.10.1). Diese Unterschiede lassen sich teilweise durch die Häufigkeit von Diabeteserkrankungen erklären, die in Island niedrig und in Deutschland relativ hoch ist (vgl. Indikator 1.12). Allerdings sind einige der Länder mit dem höchsten Verbrauch nicht die, in denen Diabeteserkrankungen am häufigsten vorkommen. Im Zeitraum 2000-2007 ist der Verbrauch von Antidiabetika in allen Ländern gestiegen. Besonders hoch war die Wachstumsrate in der Slowakischen Republik (bei allerdings niedrigem Ausgangsniveau) sowie im Vereinigten Königreich, in Dänemark, Finnland und Island. Der stärkere Verbrauch ist auf eine zunehmende Häufigkeit von Diabeteserkrankungen sowie auf eine Vergrößerung des Anteils der behandelten Personen und eine höhere durchschnittliche Dosierung bei den Behandlungen zurückzuführen (Melander *et al.*, 2006).

Das höchste Niveau des Verbrauchs von Antidepressiva wurde in Island verzeichnet, gefolgt von Australien und dann von weiteren nordischen Ländern (Abbildung 4.10.2). Die Slowakische Republik, Ungarn und die Tschechische Republik weisen den niedrigsten Verbrauch auf, wenngleich der Verbrauch von Antidepressiva in diesen Ländern im Verlauf der letzten sieben Jahre rasch gestiegen ist. Deutschland bildet eine Ausnahme, da sowohl das Verbrauchsniveau als auch der Anstieg niedrig liegen.

Bei den cholesterinsenkenden Mitteln schwankt das Verbrauchsniveau zwischen einem hohen Wert von 206 DDD je 1 000 Personen pro Tag in Australien bis zu einem niedrigen Wert von 49 in Deutschland (Abbildung 4.10.3). Dies könnte teilweise durch Unterschiede in Bezug auf den Anteil der Personen mit überhöhten Werten des sogenannten „schlechten“ Cholesterins bedingt sein, doch lassen sich diese Diskrepanzen auch auf Unterschiede bei den klinischen Leitlinien für die Senkung des Cholesterinspiegels zurückführen. Zum Beispiel sehen diese in Australien für das „schlechte“ Cholesterin niedrigere Richtwerte vor als in den europäischen Ländern; und auch innerhalb Europas gibt es Unterschiede bei den Richtwerten (National Heart Foundation of Australia *et al.*, 2005; Hockley und Gemmill, 2007). Sowohl der epidemiologische Kontext (z.B. die zunehmende Fettleibigkeit) als auch die häufigeren Vorsorgeuntersuchungen und Behandlungen erklären die rasche Zunahme des Verbrauchs an cholesterinsenkenden Mitteln, die in allen OECD-Ländern, für die Daten vorliegen, zu beobachten war.

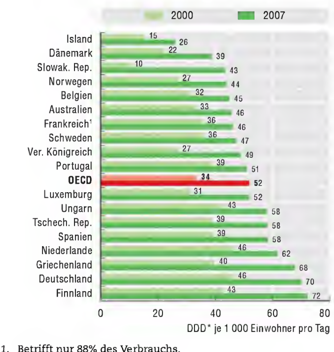
Der Verbrauch von Antibiotika schwankt zwischen einem Mindestwert von 9 DDD je 1 000 Einwohner pro Tag in der Schweiz und einem Höchstwert von 32 in Griechenland (Abbildung 4.10.4). Da ein übermäßiger Antibiotikakonsum nach eindeutigen Erkenntnissen dazu führt, dass Bakterien gegen Antibiotika resistent werden, haben viele Länder in den letzten Jahren Informationskampagnen für Ärzte und/oder Patienten durchgeführt, um den Antibiotikakonsum zu reduzieren. Infolgedessen hat sich der Verbrauch in vielen Ländern stabilisiert und in einigen sogar verringert (z.B. in Frankreich, Portugal und der Slowakischen Republik). Dagegen ist der Verbrauch zwischen den Jahren 2000 und 2007 in den Ländern, die ursprünglich ein unterdurchschnittliches Verbrauchsniveau aufwiesen (wie Dänemark und Irland), gestiegen.

Definition und Abweichungen

Als definierte Tagesdosis (Defined Daily Dose – DDD) gilt die für ein Arzneimittel angenommene mittlere Erhaltungsdosis für die Hauptindikation eines Wirkstoffs bei Erwachsenen. Jedem Wirkstoff einer bestimmten therapeutischen Klasse wird auf der Basis einer Übereinkunft internationaler Sachverständiger eine DDD zugeordnet. Zum Beispiel entspricht die DDD für oral verabreichtes Aspirin 3 Gramm; dies ist die angenommene tägliche Erhaltungsdosis für die Schmerzbehandlung Erwachsener. DDD spiegeln nicht unbedingt die in einem bestimmten Land tatsächlich verordnete durchschnittliche Tagesdosis wider. DDD können innerhalb und zwischen therapeutischen Klassen nach der Anatomisch-Therapeutisch-Chemischen Klassifikation (ATC-Code) auf verschiedene Ebenen eingeteilt werden. Wegen näherer Einzelheiten vgl. *www.whocc.no/atcddd*.

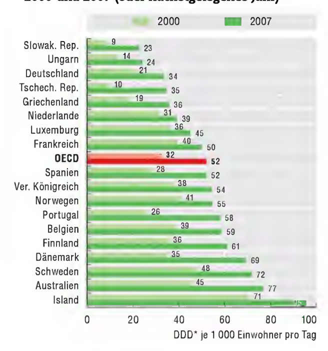
Die Daten beziehen sich im Allgemeinen auf den ambulanten Verbrauch, außer für die Tschechische Republik, Finnland, Ungarn und Schweden, wo die Daten ebenfalls den Verbrauch in Krankenhäusern einschließen. Bei den griechischen Daten können Parallelexporte eingeschlossen sein.

4.10.1 Verbrauch von Medikamenten gegen Diabetes, DDD* je 1 000 Einwohner pro Tag, 2000 und 2007 (oder nächstgelegenes Jahr)

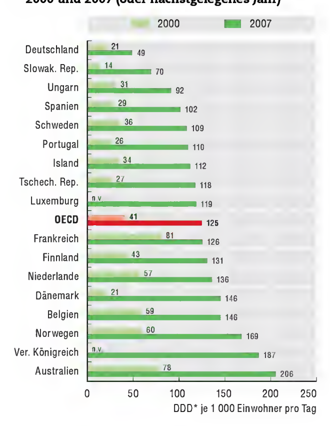


1. Betrifft nur 88% des Verbrauchs.

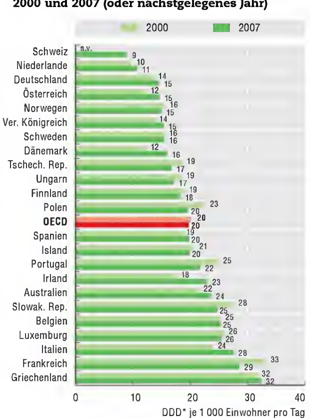
4.10.2 Verbrauch von Antidepressiva, DDD* je 1 000 Einwohner pro Tag, 2000 und 2007 (oder nächstgelegenes Jahr)



4.10.3 Verbrauch von cholesterinsenkenden Medikamenten, DDD* je 1 000 Einwohner pro Tag, 2000 und 2007 (oder nächstgelegenes Jahr)



4.10.4 Verbrauch von Antibiotika, DDD* je 1 000 Einwohner pro Tag, 2000 und 2007 (oder nächstgelegenes Jahr)



* Definierte Tagesdosis.
Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2009.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/803844361572





5. QUALITÄT DER MEDIZINISCHEN VERSORGUNG

Einleitung

Welche Bereiche des Gesundheitssystems bieten ein gutes Kosten-Nutzen-Verhältnis und bei welchen besteht noch Raum zur Leistungsverbesserung? Im Rahmen der laufenden nationalen und internationalen Anstrengungen, etwa dem System der Gesundheitsausgabenrechnungen (*System of Health Accounts*), werden zwar bessere Daten über die Gesundheitsausgaben bereitgestellt, über die Wertschöpfung der Gesundheitsdienste sind jedoch nach wie vor nur begrenzt Informationen vorhanden. Die Qualität der Versorgung bzw. das Maß, in dem die Versorgung im Einklang mit etablierten Standards und unter Erreichung optimaler Ergebnisse erbracht wird, stellt eine der wichtigsten Dimensionen der Wertschöpfung dar.

Viele OECD-Länder liefern Daten über die Qualität der Gesundheitsversorgung auf nationaler Ebene, wohingegen andere Länder noch nicht über die nötige Dateninfrastruktur verfügen, um solche Informationen abzuleiten. International vergleichbare Daten zur Versorgungsqualität sind erforderlich, damit die Länder die Faktoren untersuchen können, die der Organisation und der Finanzierung des Gesundheitswesens zu Grunde liegen. Im Rahmen des OECD-Projekts Qualitätsindikatoren der Gesundheitsversorgung (*OECD Health Care Quality Indicators Project* – HCQI) wird ein Katalog an Qualitätsindikatoren auf der Ebene der Gesundheitssysteme erarbeitet (Mattke *et al.*, 2006; Garcia Armesto *et al.*, 2007). Der Ansatz dieses Projekts besteht darin, die Bemühungen nationaler und anderer internationaler Stellen zu ergänzen und zu koordinieren. Zusammen mit anderen Initiativen werden diese Bemühungen den Politikverantwortlichen und anderen Akteuren ein Instrumentarium zur Verfügung stellen, um Lernerfahrungen zwischen den einzelnen Ländern zu befördern. Alle 30 OECD-Länder sind – gemeinsam mit fünf Ländern der Europäischen Union, die keine Mitgliedsländer der OECD sind, und Singapur – nunmehr an diesem Projekt beteiligt.

Die Erarbeitung des Instrumentariums setzt drei Bausteine voraus: ein Rahmenkonzept zur Definition der Dimensionen, die erfasst werden sollen, relevante und wissenschaftlich fundierte Indikatoren zur Abbildung der Leistungen in diesen Dimensionen sowie Daten zur Einführung der ausgewählten Indikatoren. Seit der Einrichtung des HCQI-Projekts 2003 wurden bedeutende Fortschritte bei den ersten zwei Komponenten erzielt. Wie in der allgemeinen Einleitung zu dieser Publikation erörtert wurde, ist ein Rahmenkonzept entwickelt worden, das das gemeinsame Verständnis der Länder bezüglich der Schlüsseldimensionen im Zusammenhang mit der Leistung der Gesundheitssysteme widerspiegelt (Kelley und Hurst, 2006). Es bestand Einigkeit darüber, dass zunächst die technische Qualität der Versorgung (d.h. die medizinische Effizienz) im Mittelpunkt des HCQI-Projekts stehen sollte. Ferner sind mehrere Prüfungen abgeschlossen und veröffentlicht worden, um geeignete Indikatoren für die Qualität der Versorgung in Bereichen wie Versorgung von Herzpatienten, Diabetes und psychische Gesundheit zu identifizieren.

Die Haupteinschränkung besteht jedoch weiterhin in der Verfügbarkeit von Daten für die Erarbeitung der Qualitätsindikatoren, insbesondere auf internationaler Ebene. Auf Grund der nur begrenzten Einführung elektronischer Patientenakten sind die für viele Indikatoren benötigten detaillierten klinischen Informationen oftmals nicht verfügbar, so dass das Projekt sich auf Indikatoren beschränken muss, die aus besser verfügbaren, aber weniger aussagekräftigen Verwaltungsdaten abgeleitet werden können. In manchen Ländern werden keine Patientenidentifikatoren für einzelne Personen verwendet, was die Möglichkeit einschränkt, die Patienten in den verschiedenen Pflegeeinrichtungen zu verfolgen und damit die Wege im Pflegebereich langfristig zu beobachten. Außerdem schränken Unterschiede bei den Kodiersystemen und den Standards für die Datenerhebung die internationale Vergleichbarkeit der Indikatoren ein.

Trotz dieser Mängel sind deutliche Fortschritte erzielt worden. 40 Indikatoren sind insgesamt angenommen worden, von denen 23 in dieser Ausgabe von *Gesundheit auf einen Blick* enthalten sind. Diese Indikatoren decken den wesentlichen Bedarf im Bereich der Gesundheitsversorgung, alle wichtigen Gesundheitsleistungen und die meisten großen Krankheitsgebiete ab. Gebiete, die verglichen mit der vorigen Ausgabe von *Gesundheit auf einen Blick* neu in diese Publikation aufgenommen wurden, sind die Behandlung chronischer Erkrankungen im Rahmen der medizinischen Grundversorgung und die psychiatrische Gesundheitsversorgung. Es gibt zwar nach wie vor verschiedene Erfassungslücken, z.B. die Patientensicherheit sowie Patientenerfahrungen, und die Vergleichbarkeit zwischen den einzelnen Ländern bedarf noch der Verbesserung, die Indikatoren erlauben es den Politikverantwortlichen und sonstigen Akteuren jedoch allmählich, in einigen wesentlichen Bereichen Schlussfolgerungen über die relative Leistung der Gesundheitssysteme zu ziehen. In diesem Kapitel wird die Verwendung der

HCQI-Indikatoren zur Untersuchung von Politikfragen auf den Gebieten Versorgung bei chronischen Erkrankungen, akute Exazerbation chronischer Erkrankungen, psychische Störungen, Krebs sowie übertragbare Krankheiten veranschaulicht.

In den Indikatoren sind sowohl Behandlungsprozesse als auch -ergebnisse für eine Reihe von Erkrankungen erfasst (vgl. Tabelle 5.1). Die HCQI-Website der OECD, die unter *www.oecd.org/health/hcqi* verfügbar ist, bietet weitere Informationen zu den Datenquellen und -erhebungsmethoden.

5.1 Von den gegenwärtigen Indikatoren erfasste Bereiche

	Verfahrensmessgrößen	Ergebnismessgrößen
Medizinische Versorgung bei chronischen Erkrankungen		Vermeidbare Hospitalisierungsrate bei Asthma Vermeidbare Hospitalisierungsrate bei chronisch-obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) Vermeidbare Hospitalisierungsrate bei akuten Komplikationen im Zusammenhang mit Diabetes Rate der vermeidbaren diabetesbedingten Amputationen unterer Extremitäten Vermeidbare Hospitalisierungsrate bei kongestiver Herzinsuffizienz Vermeidbare Hospitalisierungsrate bei Bluthochdruck
Medizinische Versorgung bei akuten Exazerbationen chronischer Erkrankungen		30-Tage-Letalitätsrate nach einem akuten Myokardinfarkt (AMI) 30-Tage-Letalitätsrate nach einem Schlaganfall
Medizinische Versorgung bei psychischen Störungen		Ungeplante Rehospitalisierungsrate wegen Schizophrenie Ungeplante Rehospitalisierungsrate wegen bipolarer Störung
Medizinische Versorgung bei Krebserkrankungen	Gebärmutterhalskrebs-Screeningrate Brustkrebs-Screeningrate	Überlebensrate bei Gebärmutterhalskrebs Sterberate bei Gebärmutterhalskrebs Überlebensrate bei Brustkrebs Sterberate bei Brustkrebs Überlebensrate bei Darmkrebs Sterberate bei Darmkrebs
Medizinische Versorgung bei Infektionskrankheiten	Rate der Kinderimpfungen gegen Keuchhusten Rate der Kinderimpfungen gegen Masern Rate der Kinderimpfungen gegen Hepatitis B Rate der Grippeschutzimpfungen für ältere Menschen	Hepatitis-B-Inzidenz

Interpretation und Nutzung der Daten

Die in diesem Kapitel dargestellten Indikatoren bieten bezüglich der Versorgungsqualität keine vollständige Beurteilung der Leistung der Gesundheitssysteme, da sowohl ihre Vergleichbarkeit als auch ihr Erfassungsgrad eingeschränkt sind. Seit der letzten Veröffentlichung von *Gesundheit auf einen Blick* durch die OECD im Jahr 2007 wurden Anstrengungen unternommen, um in den einzelnen Ländern möglichst vergleichbare Daten zu erheben. Zu den Verbesserungen zählen die Umsetzung klarer Standards im Hinblick auf die Datenqualität sowie standardisierte Verfahren für die Anpassung um Alter und Geschlecht. Zur Feststellung statistisch signifikanter Unterschiede zwischen den Indikatorwerten wurden die Konfidenzintervalle berechnet. Dennoch werden – wie auch bei anderen Indikatoren aus den *OECD-Gesundheitsdaten* – bei den Definitionen, Quellen und Methoden nach wie vor einige Unterschiede festgestellt. Insbesondere sind weitere Arbeiten zur Verbesserung der Vergleichbarkeit und zur Berücksichtigung der Unterschiede bei den Risikoprofilen der Patienten in den einzelnen Ländern vonnöten. Die Indikatoren stützen sich zwar auf Befunde und sind in den einzelnen Ländern zu Forschungs- und Analysezwecken verwendet worden, es ist jedoch noch nicht ganz klar, weshalb sie sich von einem Land zum anderen unterscheiden. Die Entwicklung weiterer Indikatoren ist zur Vermittlung eines umfassenderen Bildes der Qualität nach wie vor erforderlich, um fundiertere Vergleiche der Leistungen der Gesundheitssysteme zu ermöglichen.

Die in diesem Kapitel vorgelegten Daten sollten nicht als Quellen für definitive Antworten oder als Werturteile, sondern vielmehr als Mittel betrachtet werden, mit denen die Qualität der Gesundheitsversorgung in den einzelnen Ländern hinterfragt wird. Die Daten werden zwar

bereitgestellt, um den Leser der Bedeutung und der wissenschaftlichen Fundiertheit jedes Indikators zu versichern, die dargestellten Daten und Erkenntnisse sollten jedoch als Ausgangsbasis für ein besseres Verständnis der in der medizinischen Versorgung bestehenden Qualitätsunterschiede aufgefasst werden und zur Durchführung weiterer Analysen der in den einzelnen Ländern gesammelten Erfahrungen veranlassen. Die laufenden Arbeiten im Rahmen des HCQI-Projekts werden die Vergleichbarkeit und den Erfassungsgrad verbessern und künftig ein fundierteres Bild der Leistungen im Vergleich bieten.

Künftige prioritäre Bereiche

Im Einklang mit dem etablierten Rahmenkonzept (Kelley und Hurst, 2006; Arah *et al.*, 2006) soll im Rahmen des HCQI-Projekts der OECD der derzeitige Katalog an Indikatoren zur Qualität der Versorgung in den Bereichen Patientensicherheit und Reagibilität/Patientenerfahrungen verbessert und erweitert werden.

In Reaktion auf das wachsende Interesse am Monitoring und an der Verbesserung der Sicherheit der medizinischen Versorgung (WHO, 2008a; Rat der Europäischen Union, 2009) hat die OECD das Potenzial internationaler Vergleiche der Patientensicherheit auf der Grundlage routinemäßig erhobener Verwaltungsdaten der Krankenhäuser untersucht (OECD, 2007c). 2007 wurde in sieben OECD-Mitgliedsländern eine vorläufige Studie durchgeführt, um die Durchführbarkeit der Berechnung eines Katalogs von zwölf Indikatoren zu untersuchen, die ursprünglich von der *United States Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) veröffentlicht wurden. Angesichts der ermutigenden Ergebnisse dieser Erststudie (Drösler *et al.*, 2009a) wurde 2008 eine erweiterte Datenerhebung durchgeführt, die 16 Länder und 15 Indikatoren der Patientensicherheit umfasste (vgl. Tabelle 5.2).

5.2 Liste der 2008 untersuchten Indikatoren zur Patientensicherheit (PSI)

Bereich	Indikatorbezeichnung
Nosokomiale Infektionen	Dekubitalgeschwür (PSI 3) Katheterassoziierte Blutstrominfektionen (PSI 7)
Operative und postoperative Komplikationen	Komplikationen im Zusammenhang mit Anästhesie (PSI 1) Iatrogener Pneumothorax (PSI 6) Postoperative Hüftfraktur (PSI 8) Postoperative Ateminsuffizienz (PSI 11) Postoperative Lungenembolie oder tiefe Beinvenenthrombose (PSI 12) Postoperative Sepsis (PSI 13) Versehentliche Stich- oder Risswunde (PSI 15)
Sentinel Events	Fremdkörper, der während eines Eingriffs zurückgeblieben ist (PSI 5) Transfusionszwischenfall (PSI 16)
Obstetrik	Geburtstrauma – Verletzung des Neugeborenen (PSI 17) Geburtstrauma – Entbindung auf natürlichem Wege mit Instrument (PSI 18) Geburtstrauma – Entbindung auf natürlichem Wege ohne Instrument (PSI 19) Geburtstrauma – Kaiserschnitt (PSI 20)

Anmerkung: Die Ziffern in Klammern beziehen sich auf die Indikatoren zur Patientensicherheit der US Agency for Healthcare Research and Quality.

Um Vergleiche zu erleichtern, wurden technische Spezifikationen und Berechnungsmethoden für diese Indikatoren entwickelt (Drösler, 2008) und die potenziellen Auswirkungen nationaler Unterschiede bei der Verteilung nach Alter und Geschlecht, der Länge der Krankenhausaufenthalte sowie der medizinischen und chirurgischen Behandlung untersucht.

Damit wurde die Grundlage für die Erhebung von sieben Indikatoren durch die OECD im Jahr 2009 gelegt, und zwar katheterassoziierte Blutstrominfektionen, postoperative Lungenembolie oder tiefe Beinvenenthrombose, postoperative Sepsis, versehentliche Stich- oder Risswunde, Fremdkörper, der während eines Eingriffs zurückgeblieben ist, sowie Geburtstrauma nach einer Entbindung auf natürlichem Wege mit oder ohne Instrument. Insgesamt beteiligten sich 18 Länder an der dritten Runde der Datenerhebung Anfang 2009. Angesichts von Problemen der Vollständigkeit und Vergleichbarkeit der zu Grunde liegenden Daten sowie der gebotenen Vorsicht bei der Interpretation der Ergebnisse sind diese Indikatoren zurzeit noch nicht zur Darstellung in dieser Publikation geeignet.

Ein detaillierter technischer Bericht über die Datenerhebung 2009 und den aktuellen Stand der Entwicklung des OECD-Katalogs an Indikatoren der Patientensicherheit wurde veröffentlicht (Drösler *et al.*, 2009b) und kann auf der OECD-Website unter *www.oecd.org/health/hcqi* heruntergeladen werden. In diesem Bericht werden die wichtigsten Herausforderungen benannt, die bewältigt werden müssen, um in Zukunft aussagekräftige Vergleiche der Patientensicherheit zu ermöglichen, und auf die laufenden Arbeiten der OECD zur Behebung von Datenproblemen und zur Verbesserung der nationalen Informationsinfrastrukturen hingewiesen. Insbesondere wird der Verbesserungsbedarf bei den Standardverwaltungsdatenbanken der OECD-Länder hervorgehoben. Durch die Verstärkung der Kodierung von Nebendiagnosen, die Einrichtung von Kodes für den Stand der Erkrankung zum Zeitpunkt der Aufnahme, die Standardisierung der Kodes für medizinische Prozeduren und eine breitere Verwendung von Patientenidentifikatoren für einzelne Personen wird die internationale Vergleichbarkeit der Sicherheitsindikatoren deutlich verbessert werden.

Abgesehen von der Patientensicherheit bemüht sich die OECD darum, durch Stärkung der Fähigkeit zur internationalen Messung der Patientenerfahrungen im Rahmen der Gesundheitsversorgung auf den Bereich der Reagibilität einzugehen. Die jüngsten Arbeiten in Zusammenarbeit mit nationalen Experten und internationalen Organisationen konzentrieren sich auf die Entwicklung und Anwendung von Erhebungsinstrumenten zur Befragung der Bevölkerung.

Die Erarbeitung aussagekräftiger Indikatoren in diesen zwei prioritären Bereichen wird, zusammen mit einer weiteren Verfeinerung und Konzipierung von Indikatoren in den Bereichen, in denen bereits Indikatoren erhoben werden (z.B. Gesundheitsförderung, Prävention und Grundversorgung), künftig eine umfassendere Beurteilung der Qualität der Gesundheitsversorgung durch die Gesundheitssysteme der OECD-Länder erlauben.

5.1. Vermeidbare Hospitalisierungen: Atemwegserkrankungen

Asthma, eine Erkrankung, die durch Hyperreagibilität und chronische Entzündung des Bronchialsystems gekennzeichnet ist, ist die am weitesten verbreitete chronische Kinderkrankheit, deren Verbreitung in den vergangenen Jahrzehnten zugenommen hat. Die Verbreitung von Asthma in der Kindheit hat sich in den Vereinigten Staaten seit den 1980er Jahren auf 9% verdoppelt (Moorman *et al.*, 2007). Bei mindestens 25% der Kinder setzt sich die Asthma-Erkrankung ins Erwachsenenleben fort (Sears *et al.*, 2003). In Europa leiden rund 30 Millionen Menschen unter Asthma (Masoli *et al.*, 2004).

Die chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD – *chronic obstructive pulmonary disease*), die manchmal als chronische Bronchitis bezeichnet wird, ist gegenwärtig die vierthäufigste Todesursache weltweit (WHO, 2006). Den größten Risikofaktor stellt der Tabakkonsum dar, der 80-90% der COPD-Fälle verursacht. Bei Rauchern besteht eine zehnmal höhere Wahrscheinlichkeit, an COPD zu sterben, als bei Nichtrauchern (HHS, 2004). Rund 11,2 Millionen Amerikaner leiden an manifester COPD, und 24 Millionen weisen eine Beeinträchtigung der Lungenfunktion auf, die den frühen COPD-Stadien entspricht (ALA, 2009).

Durch die Behandlung von Asthma mit entzündungshemmenden Substanzen und Bronchodilatatoren im Bereich der Grundversorgung kann eine Exazerbation weitgehend verhindert werden, und wenn es doch dazu kommt, können die meisten Exazerbationen behandelt werden, ohne dass eine Hospitalisierung erforderlich ist. Hohe Hospitalisierungsraten können daher ein Hinweis auf eine schlechte Versorgungsqualität sein. Die Hospitalisierungsraten bei Asthma sind etwa vom National Health Service im Vereinigten Königreich und im Rahmen des National Healthcare Quality Report (AHRQ, 2008b) in den Vereinigten Staaten zur Beurteilung der Versorgungsqualität verwendet worden.

Eine Heilung ist bei COPD zwar nicht möglich, die Behandlungsansätze führen jedoch erwiesenermaßen zur Stabilisierung der Patienten, so dass sich die Notwendigkeit von Krankenhausaufenthalten vermeiden lässt (Jadwiga *et al.*, 2007). Durch innovative Ansätze wie „Hospital at Home" im Vereinigten Königreich lassen sich die Hospitalisierungsraten und die Kosten erheblich senken (Ram *et al.*, 2004). Da die Verantwortung für die Behandlung von COPD zum großen Teil durch medizinisches Fachpersonal im Bereich der Grundversorgung erfolgt, stellen die Hospitalisierungsraten eine Messgröße für die Qualität der Grundversorgung dar (AHRQ, 2007b).

Aus den Abbildungen 5.1.1 und 5.1.2 geht hervor, dass die alters- und geschlechtsstandardisierten Hospitalisierungsraten bei Asthma und COPD von einem OECD-Mitgliedsland zum anderen erheblich variieren. Während durchschnittlich bei 51 von 100 000 Erwachsenen pro Jahr asthmabedingt eine Hospitalisierung erfolgt, ist in den Vereinigten Staaten eine mehr als doppelt so hohe Rate zu verzeichnen (120). Im Nachbarland Kanada ist die Hospitalisierungsrate mit 18 Hospitalisierungen erheblich geringer. Bei COPD werden Unterschiede in ähnlicher Größenordnung erfasst. Im OECD-Durchschnitt kamen 201 Hospitalisierungen auf 100 000 Erwachsene, die Rate erreichte in Irland jedoch 384 und betrug in Japan lediglich 33. Österreich etwa wies eine mehr als dreimal so hohe Rate aus wie die benachbarte Schweiz.

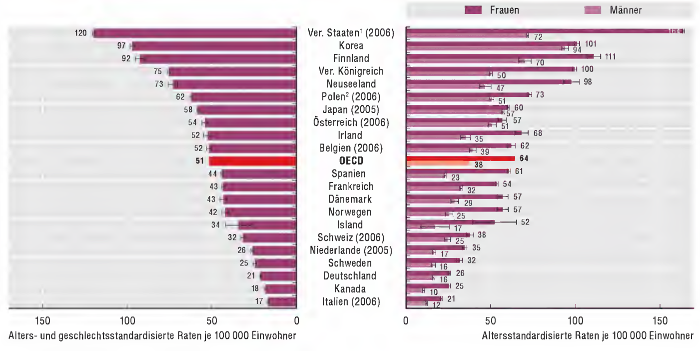
Abbildung 5.1.1 zeigt auf, dass bei Frauen die Wahrscheinlichkeit einer asthmabedingten Hospitalisierung im Durchschnitt rd. 70% höher ist als bei Männern, wobei die Rate bei den Frauen in den Vereinigten Staaten mehr als doppelt so hoch ist wie bei den Männern. Dies könnte zumindest teilweise der Tatsache geschuldet sein, dass die Asthma-Prävalenz im Erwachsenenalter bei Frauen in der Regel höher ist.

Abbildung 5.1.3 zeigt, dass die COPD-Hospitalisierungsraten in gewissem Umfang mit den Schätzwerten für die COPD-Prävalenz korreliert sind. Diese Analyse legt die Untersuchung potenzieller Lücken bei der Gesundheitsversorgung in Ländern nahe, in denen die COPD-Aufnahmeraten höher sind, als auf Grund der verzeichneten Erkrankungsprävalenz zu erwarten wäre. Eine ähnliche Korrelation zwischen den Schätzwerten für die Asthma-Prävalenz und den Hospitalisierungsraten war nicht zu erkennen.

Definition und Abweichungen

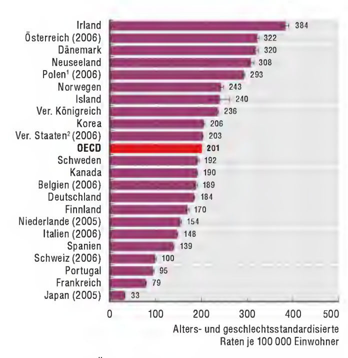
Die vermeidbare Asthma- und COPD-Hospitalisierungsrate ist definiert als Zahl der jährlichen Krankenhauseinweisungen von Personen ab 15 Jahre je 100 000 Einwohner in dieser Altersgruppe. Es gibt Belege für Unterschiede bei der Diagnose und Kodierung zwischen Asthma und COPD in den verschiedenen Ländern, was auf Grenzen in Bezug auf die relative Präzision der spezifischen Erkrankungsraten hindeutet. Vor dem direkten Vergleich der Hospitalisierungsraten bei Asthma zwischen den Ausgaben von 2009 und 2007 von *Gesundheit auf einen Blick* wird gewarnt, da die Raten für 2009 angepasst wurden, um den Unterschieden in der Zusammensetzung der Bevölkerung der jeweiligen Länder in Bezug auf Alter und Geschlecht Rechnung zu tragen, und die Alterskohorte verändert wurde, die nun nicht mehr die über 18-Jährigen umfasst, sondern die über 15-Jährigen. Die Prävalenzschätzungen für COPD wurden von den Ländern selbst angegeben, und die Gültigkeit und Vergleichbarkeit dieser Raten ist nicht vollständig überprüft worden.

5.1.1 Asthma-Hospitalisierungsraten, Bevölkerung ab 15 Jahre, 2007



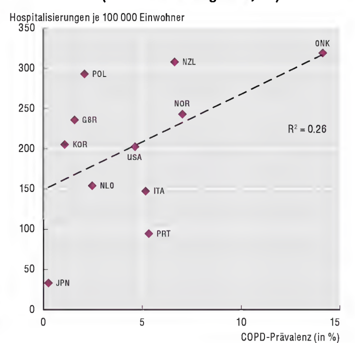
1. Tagesfälle sind nicht vollständig ausgeschlossen.
2. Einschließlich Überweisungen von anderen Stationen, wodurch sich die Raten leicht erhöhen.

5.1.2 COPD-Hospitalisierungsraten, Bevölkerung ab 15 Jahre, 2007



1. Einschließlich Überweisungen von anderen Stationen, wodurch sich die Raten leicht erhöhen.
2. Tagesfälle sind nicht vollständig ausgeschlossen.

5.1.3 COPD-Hospitalisierungs- und -Prävalenzraten, 2007 (oder letztes verfügbares Jahr)



Quelle: *OECD Health Care Quality Indicators Data 2009*. Die Raten sind entsprechend der OECD-Bevölkerung aus dem Jahr 2005 alters- und geschlechtsstandardisiert. 95%-Konfidenzintervalle sind durch ├─┤ dargestellt.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/804062877203

5.2. Vermeidbare Hospitalisierungen: Komplikationen bei Diabetes

Mit dem Anstieg der Fettleibigkeitsraten hat sich Diabetes zu einer der größten Herausforderungen des Gesundheitswesens im 21. Jahrhundert entwickelt. Weltweit leiden mehr als 150 Millionen Erwachsene an dieser Krankheit, und in den kommenden 25 Jahren wird mit einer Verdopplung dieser Zahl gerechnet (King *et al.*, 1998; IDF, 2006). Schätzungen zufolge wird die Prävalenz in den OECD-Ländern 2010 über 6% der Bevölkerung der Altersgruppe 20-79 Jahre betragen, wobei sie von unter 5% in Island, Norwegen und im Vereinigten Königreich bis über 10% in Mexiko und in den Vereinigten Staaten reicht (vgl. Indikator 1.12 „Diabetes-Prävalenz und -Inzidenz"). Diabetes ist die Hauptursache von Blindheit in den Industriestaaten und die häufigste Ursache für terminale Niereninsuffizienz in den Vereinigten Staaten, Europa und Japan. Bei Typ-II-Diabetes-Patienten besteht ein zwei- bis viermal so hohes Risiko, Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu entwickeln (Haffner, 2000).

Personen mit hohem Risiko können durch eine Veränderung ihres Lebensstils wie Gewichtsreduzierung und mehr körperliche Bewegung einer Diabeteserkrankung vorbeugen (Tuomilehto *et al.*, 2001). Durch eine bessere Blutzuckerkontrolle lassen sich Organschäden und Kreislaufkomplikationen langfristig begrenzen (Diabetes Control and Complications Trial Research Group, 1996). Empirische Daten zeigen indessen, dass solche Methoden unzureichend angewandt werden (McGlynn *et al.*, 2003).

Die Zahl der Krankenhauseinweisungen zur Amputation unterer Extremitäten (bzw. Gliedmaßen) spiegelt die Qualität der langfristigen Diabetesbehandlung wider. Nichttraumatische Amputationen sind bei Diabetespatienten 15-mal häufiger als bei der Gesamtbevölkerung, und laut Schätzungen der WHO wären 80% der Amputationen vermeidbar (Ollendorf *et al.*, 1998; WHO, 2005). Durch eine angepasste Ernährung, Bewegung und medikamentöse Behandlung zusammen mit einer geeigneten Fußpflege lässt sich das Risiko der Amputation der unteren Extremitäten verringern. Da die meisten Leistungen in diesem Zusammenhang von Fachpersonal der Grundversorgung erbracht oder verschrieben werden, sind sowohl die Zahl der Krankenhauseinweisungen bei akuten Komplikationen im Zusammenhang mit Diabetes als auch die Zahl der Amputationen der unteren Extremitäten geeignete Messgrößen für die Qualität der Grundversorgung.

Abbildung 5.2.1 zeigt, dass die Raten der diabetesbedingten Amputationen unterer Extremitäten in vielen Ländern nahe beim OECD-Durchschnitt von 15 Amputationen je 100 000 Einwohner liegen, die Vereinigten Staaten weisen mit 36 Krankenhauseinweisungen jedoch eine mehr als doppelt so hohe Rate auf. In Korea und Australien beträgt die durchschnittliche Hospitalisierungsrate hingegen nur rund die Hälfte.

Die Hospitalisierungsraten wegen Amputationen sind bei Männern höher, obwohl die Diabetesprävalenz bei Frauen etwas höher ist. Aus Abbildung 5.2.1 geht hervor, dass Männer mit Diabetes fast dreimal so oft zur Amputation unterer Gliedmaßen ins Krankenhaus eingewiesen werden wie Frauen. Dies ist wahrscheinlich auf die höheren Raten an vaskulären Risikofaktoren außer Diabetes bei Männern zurückzuführen (AHRQ, 2009).

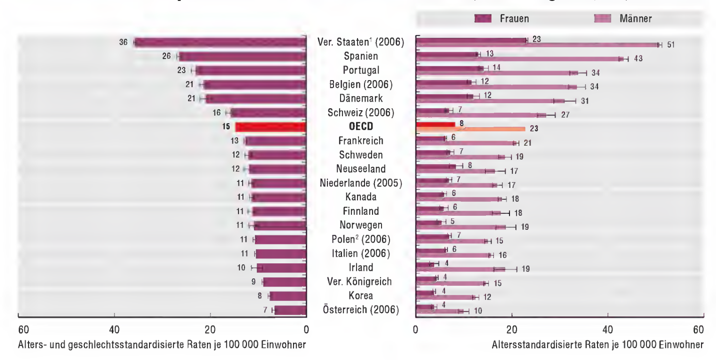
Abbildung 5.2.2 veranschaulicht, dass die Vereinigten Staaten mit fast 60 Krankenhauseinweisungen je 100 000 Einwohner bzw. nahezu dreimal dem OECD-Durchschnitt von 21 die höchste Hospitalisierungsrate wegen akuter Komplikationen bei Diabetes aufweisen. In Neuseeland und den Niederlanden beträgt die Rate weniger als 10 Hospitalisierungen. Einige Länder haben explizite Ziele, um die Diabetesbehandlung auf der Ebene der Grundversorgung zu verbessern. So hat Neuseeland z.B. ein Leistungsziel vorgegeben, um den Anteil an Diabetikern zu erhöhen, die einen kostenfreien Gesundheitscheck in Anspruch nehmen können und mit einem befriedigenden Diabetesmanagement versorgt sind (Ministry of Health, 2007).

Abbildung 5.2.3 zeigt, dass die Amputationsraten keine starke Korrelation mit den Schätzwerten der Diabetesprävalenz aufweisen, was darauf hindeutet, dass ein Großteil der Unterschiede bei den Amputationsraten nicht auf die Trendrate der Diabetes zurückzuführen ist. Zusammen mit der Größenordnung der Unterschiede sowohl bei den akuten Komplikationen als auch bei den Amputationen deutet dies darauf hin, dass weitere Prüfungen der Gesundheitssysteme geboten sind.

Definition und Abweichungen

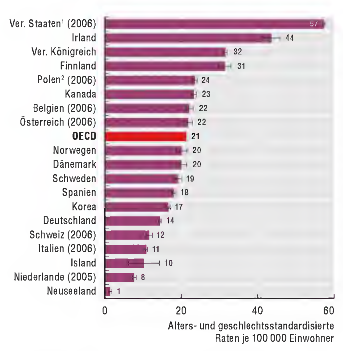
Die vermeidbaren Hospitalisierungsraten bei akuten Diabeteskomplikationen und wegen Amputationen unterer Extremitäten sind definiert als Anzahl der jährlichen Krankenhauseinweisungen von Personen ab 15 Jahre je 100 000 Einwohner in dieser Altersgruppe. Die Kodierungspraktiken für Haupt- und Nebendiagnosen in den einzelnen Ländern wirken sich u.U. auf die Indikatorraten aus. Die Raten sind angepasst worden, um den Unterschieden bei der Zusammensetzung der Bevölkerungen der einzelnen Länder nach Alter und Geschlecht Rechnung zu tragen. Die Definition des Indikators der Amputationen unterer Extremitäten umfasst die Amputation von Füßen und Zehen ebenso wie größere Amputationen, etwa Amputationen oberhalb des Fußgelenks, bis zum Knie und bis zur Hüfte. Kleinere Amputationen etwa der Zehen und Füße lassen nicht zwangsläufig auf eine geringe Versorgungsqualität schließen, da sie möglicherweise durchgeführt werden, um größere Amputationen zu verhindern. Da einige kleinere Amputationen in bestimmten Einrichtungen der Grundversorgung erfolgen können, werden die Indikatorraten darüber hinaus u.U. von der klinischen Praxis in den einzelnen Ländern beeinflusst. Da sich die Definitionen auf spezifische Prozedurkodes stützen, wird die Vergleichbarkeit der Daten möglicherweise von Unterschieden bei den Klassifizierungssystemen in den einzelnen Ländern beeinflusst.

5.2.1 Raten der Amputationen der unteren Extremitäten bei Diabetes, Bevölkerung ab 15 Jahre, 2007



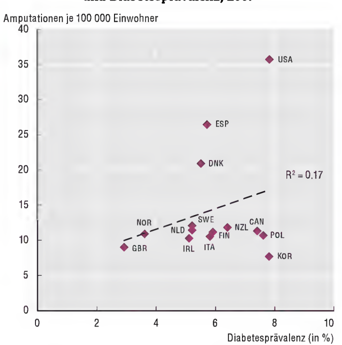
1. Tagesfälle sind nicht vollständig ausgeschlossen.
2. Einschließlich Überweisungen von anderen Stationen, wodurch sich die Raten leicht erhöhen.

5.2.2 Hospitalisierungsraten bei akuten Komplikationen bei Diabetes, Bevölkerung ab 15 Jahre, 2007



1. Tagesfälle sind nicht vollständig ausgeschlossen.
2. Einschließlich Überweisungen von anderen Stationen, wodurch sich die Raten leicht erhöhen.

5.2.3 Raten der Amputationen der unteren Extremitäten bei Diabetes und Diabetesprävalenz, 2007



Quelle: OECD *Health Care Quality Indicators Data* 2009. Die Raten sind entsprechend der OECD-Bevölkerung aus dem Jahr 2005 alters- und geschlechtsstandardisiert. Die Diabetesprävalenz (Altersgruppe 20-79 Jahre) stammt von der International Diabetes Federation (2006). 95%-Konfidenzintervalle sind durch ⊢⊣ dargestellt.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/804082707872

5.3. Vermeidbare Hospitalisierungen: Herzinsuffizienz, Bluthochdruck

Kongestive Herzinsuffizienz, das Unvermögen des Herzens, für einen ausreichenden Blutkreislauf zu sorgen, ist eine schwere Erkrankung, deren Prävalenzschätzungen in Portugal und Dänemark rd. 5% und in England 3% betragen (Ceia *et al.*, 2002; Raymond *et al.*, 2003; Davies *et al.*, 2001). Da sich das Risiko des Auftretens einer Herzinsuffizienz mit dem Alter sowie dem Vorliegen von Herz-Kreislauf-Erkrankungen erhöht, wird in Zukunft von einem deutlichen Anstieg der Prävalenzraten dieser Krankheit ausgegangen.

Die ambulante ärztliche Behandlung mit Vasodilatatoren und Betablockern, zusammen mit Flüssigkeitsmanagement und kontrollierter Bewegung, verbessert nachweislich die Überlebensraten bei Herzinsuffizienz (SOLVD Investigators, 1991; CIBIS-II, 1999). Die Daten aus dem Euro Heart Survey II zu Patienten, die mit einer kongestiven Herzinsuffizienz ins Krankenhaus eingewiesen wurden, ließen eine nur begrenzte Einhaltung einer evidenzbasierten Behandlung erkennen, was darauf hindeutet, dass ein gewisser Spielraum zur Verbesserung des ambulanten Managements dieser Patienten vorhanden ist (Komajda *et al.*, 2003). Die Daten aus ebendiesem Forschungsprogramm zeigten ebenfalls auf, dass bei einem Viertel (24%) der Patienten mit kongestiver Herzinsuffizienz innerhalb von zwölf Wochen nach der Entlassung eine erneute Hospitalisierung erfolgte und 14% der Patienten zwischen der Hospitalisierung und der Folgeuntersuchung nach zwölf Wochen starben (Cleland *et al.*, 2003). Angesichts der hohen Rehospitalisierungsrate können selbst geringe Verbesserungen der Versorgung bedeutende Auswirkungen auf die Kosten und die Lebensqualität der Patienten haben (Lee *et al.*, 2004).

Bluthochdruck ist die am weitesten verbreitete chronische Erkrankung bei Erwachsenen. Die Bluthochdruckprävalenz in der Erwachsenenbevölkerung wurde im Jahr 2000 auf über 26% geschätzt (Kearney *et al.*, 2005). Für sich betrachtet verursacht Bluthochdruck selten Symptome, er stellt jedoch bei einer Vielzahl von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, z.B. Schlaganfall sowie Herz- und Niereninsuffizienz, einen Risikofaktor dar. Ferner steht er mit anderen Risikofaktoren in Bezug auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen, etwa Diabetes und Hypercholesterinämie, im Zusammenhang.

Hospitalisierungen mit der Erstdiagnose Bluthochdruck deuten in der Regel auf hypertensive Krisen hin, ein Zustand, der von einem sehr hohen Blutdruck gekennzeichnet ist und bei dem ein hohes Risiko akuter Komplikationen wie Herzversagen oder einem hämorrhagischen Schlaganfall besteht. Indessen sind Hospitalisierungen bei Bluthochdruck weitgehend vermeidbar und stellen somit einen Indikator für die Qualität der Grundversorgung dar (Tisdalea *et al.*, 2004).

Abbildung 5.3.1 zeigt, dass in Polen und in den Vereinigten Staaten mit 440 Krankenhauseinweisungen je 100 000 Einwohner, was etwa dem Doppelten des OECD-Durchschnitts von 234 entspricht, die höchsten Hospitalisierungsraten im Zusammenhang mit der kongestiven Herzinsuffizienz zu verzeichnen sind. Auf der anderen Seite beträgt die Hospitalisierungsrate im Vereinigten Königreich und in Korea nur rund ein Viertel der höchsten Rate. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede sind bei den nordischen Ländern Island, Dänemark und Schweden besonders erheblich, wo die Hospitalisierungsrate der Männer etwa das Doppelte der Rate der Frauen beträgt, wohingegen die Hospitalisierungsraten der Männer im OECD-Durchschnitt lediglich rd. 50% über denen der Frauen liegen.

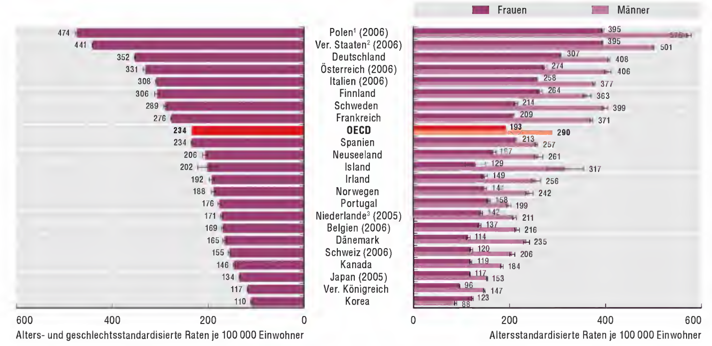
Knapp über 80 Hospitalisierungen wegen Bluthochdrucks je 100 000 Einwohner werden im OECD-Durchschnitt ausgewiesen (Abbildung 5.3.2), Österreich und Polen weisen jedoch mehr als das Vier- bzw. Dreifache dieser Rate auf. Umgekehrt verzeichnen Länder wie das Vereinigte Königreich und Spanien nur einen Bruchteil der Durchschnittsrate.

Zwischen der Inanspruchnahme der Hospitalisierung insgesamt und den Hospitalisierungsraten wegen Bluthochdrucks besteht eine enge Korrelation (Abbildung 5.3.3). Etwa zwei Drittel der Unterschiede bei den Hospitalisierungsraten bei Bluthochdruck sind mit Unterschieden bei der Hospitalisierung aus beliebigem Grund verbunden. Länder wie Österreich weisen überdurchschnittliche Hospitalisierungsraten sowohl aus beliebigem Grund als auch bei Bluthochdruck auf, während die Raten in Ländern wie Kanada und Spanien in beiden Fällen niedrig sind.

Definition und Abweichungen

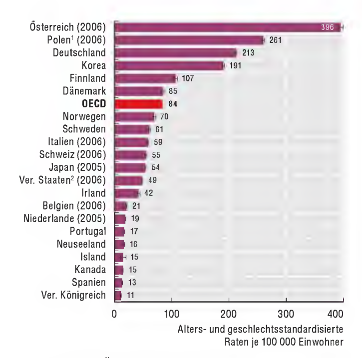
Die vermeidbaren Hospitalisierungsraten bei kongestiver Herzinsuffizienz und Bluthochdruck sind definiert als Zahl der jährlichen Krankenhauseinweisungen von Personen ab 15 Jahre je 100 000 Einwohner in dieser Altersgruppe. Die Raten sind angepasst worden, um den Unterschieden bei der Zusammensetzung der Bevölkerungen der einzelnen Länder nach Alter und Geschlecht Rechnung zu tragen. Da die technische Definition dieser Indikatoren die Spezifikation von Prozedurkodes umfasst, haben die unterschiedlichen Klassifizierungssysteme in den einzelnen Ländern u.U. Auswirkungen auf die Vergleichbarkeit der Daten.

5.3.1 Hospitalisierungsraten bei kongestiver Herzinsuffizienz, Bevölkerung ab 15 Jahre, 2007



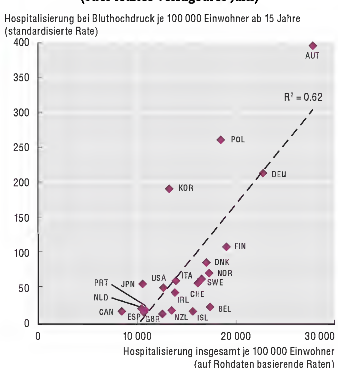
1. Einschließlich Überweisungen von anderen Stationen, wodurch sich die Raten leicht erhöhen.
2. Tagesfälle sind nicht vollständig ausgeschlossen.
3. Umfasst Hospitalisierungen bei zusätzlichen Diagnosekodes, wodurch sich die Raten leicht erhöhen.

5.3.2 Hospitalisierungsraten bei Bluthochdruck, Bevölkerung ab 15 Jahre, 2007



1. Einschließlich Überweisungen von anderen Stationen, wodurch sich die Raten leicht erhöhen.
2. Tagesfälle sind nicht vollständig ausgeschlossen.

5.3.3 Hospitalisierungsraten bei Bluthochdruck und Hospitalisierungsraten insgesamt, 2007 (oder letztes verfügbares Jahr)



Quelle: *OECD Health Care Quality Indicators Data 2009*. Die Raten sind entsprechend der OECD-Bevölkerung aus dem Jahr 2005 alters- und geschlechtsstandardisiert. 95%-Konfidenzintervalle sind durch ⊢⊣ dargestellt.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/804121153538

5.4. Krankenhausletalitätsrate nach einem akuten Myokardinfarkt

Auch wenn Erkrankungen der Herzkranzgefäße in den meisten Industrieländern weiterhin die Haupttodesursache darstellen, geht die Zahl der Todesfälle seit den 1970er Jahren zurück (vgl. Indikator 1.4 „Mortalität durch Herzerkrankung und Schlaganfall"). Dieser Rückgang ist größtenteils einer niedrigeren Sterberate bei akutem Myokardinfarkt (AMI) infolge besserer Behandlungsmethoden in der Akutphase der Erkrankung zuzuschreiben. Die medizinische Versorgung von AMI-Patienten hat sich in den vergangenen Jahrzehnten mit der Einrichtung von Herzüberwachungsstationen in den 1960er Jahren (Khush *et al.*, 2005) und der Einführung von Therapiemethoden zur raschen Wiederherstellung des Blutflusses in den Arterien in den 1980er Jahren (Gil *et al.*, 1999) stark verändert. Dieser Erfolg ist umso bemerkenswerter, als die AMI-Inzidenz den verfügbaren Daten zufolge nicht abgenommen hat (Goldberg *et al.*, 1999; Parikh *et al.*, 2009). Indessen haben zahlreiche Studien gezeigt, dass einem erheblichen Teil der AMI-Patienten keine auf wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhende medizinische Versorgung zuteil wird (Eagle *et al.*, 2005). AMI-Patienten machen etwa die Hälfte der durch Herzgefäßerkrankungen bedingten Todesfälle aus, und die Kosten für die Behandlung von Herzgefäßerkrankungen erreichen in den Industrieländern bis zu 10% der Gesundheitsausgaben (OECD, 2003a).

Die Fakten sprechen für einen Zusammenhang zwischen AMI-Behandlungsmethoden wie Thermolyse und Frühbehandlung mit Aspirin und Betablockern und den höheren AMI-Überlebensraten, was darauf hindeutet, dass die AMI-Sterberate eine gute Ergebnismessgröße für die Versorgungsqualität ist (Davies *et al.*, 2001). Angesichts der Vielfalt von Leistungen und Systemvorrichtungen, die zur medizinischen Versorgung der Krankheit mobilisiert werden müssen, wird die AMI-Sterberate als eine gute Ergebnismessgröße für die Qualität der Akutpflege betrachtet. Bisher sind die AMI-Sterberaten für den Vergleich von Krankenhäusern von der US Agency fort Healthcare Research and Quality (Davies *et al.*, 2001) und dem britischen National Health Service herangezogen worden. Ferner wurde dieser Indikator für internationale Vergleiche im Rahmen des OECD-Projekts zu altersbedingten Krankheiten (OECD, 2003a) und des Monica-Projekts der WHO verwendet (Tunstall-Pedoe, 2003).

Abbildung 5.4.1 zeigt die auf Rohdaten basierenden sowie die alters- und geschlechtsstandardisierten Krankenhausletalitätsraten für den Zeitraum von 30 Tagen nach der Hospitalisierung bei AMI. Die durchschnittliche standardisierte Rate liegt bei knapp unter 5%, wobei die Rate in Korea am höchsten ist (8,1%) und in Island (2,1%) und Schweden (2,9%) am niedrigsten. Bei den anderen nordischen Ländern (Finnland, Norwegen und Dänemark) liegt die Rate ebenfalls unter dem Durchschnitt. Unterschiede bei den Krankenhausüberweisungen, der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer und der Rettungsdauer im Notfall können die erfassten Raten beeinflussen. In Ländern mit hochspezialisierten Rettungsdiensten erreichen mehr Patienten das Krankenhaus lebend, die letztlich aber nicht stabilisiert werden können und innerhalb von Stunden nach der Hospitalisierung sterben. In anderen Ländern werden instabile Herzpatienten in der Regel in Zentren der Tertiärversorgung überführt, wodurch die Letalitätsraten möglicherweise unterzeichnet sind, wenn die Überführung als Lebendentlassung erfasst wird. Die Letalitätsraten sind bei Frauen mit AMI im Allgemeinen höher, der Unterschied ist jedoch nicht bei allen Ländern statistisch signifikant. Dies spiegelt die Tatsache wider, dass Erkrankungen der Herzkranzgefäße bei Männern zwar weitaus häufiger vorkommen, bei Frauen jedoch in der Regel schwerer sind.

Aus Abbildung 5.4.2 geht hervor, dass die AMI-Sterberaten im Lauf der Zeit in allen OECD-Ländern, die Daten übermitteln, rückläufig sind, wobei in den meisten von 2003 bis 2007 statistisch signifikante Rückgänge zu verzeichnen waren. In Kanada und anderen Ländern sind Verbesserungen der AMI-Sterberaten auf Fortschritte bei der Behandlung wie eine häufigere und frühzeitigere Reperfusionstherapie zurückzuführen, bei der der Blutfluss zu dem während des Herzinfarkts beschädigten Teil des Herzmuskels wiederhergestellt werden soll (Fox *et al.*, 2007, und Tu *et al.*, 2009).

Definition und Abweichungen

Die Krankenhausletalitätsrate nach einem AMI ist definiert als die Anzahl der Personen, die innerhalb von 30 Tagen nach der Hospitalisierung bei AMI (einschließlich des Hospitalisierungstags) sterben. Idealerweise sollten die Letalitätsraten auf den einzelnen Patienten basieren, es verfügen jedoch nicht alle Länder über die Möglichkeit, die Patienten bei Überweisungen von einem Krankenhaus zum nächsten oder sogar innerhalb ein und desselben Krankenhauses während ihres Aufenthalts oder nach ihrer Entlassung zu verfolgen, da sie derzeit über keine individuellen Patientenidentifikatoren verfügen. Daher liegen diesem Indikator ausschließlich die Hospitalisierungsraten und die Sterbefälle in dem jeweiligen Krankenhaus zu Grunde. Unterschiede bei den Praktiken in Bezug auf die Entlassung und Überweisung von Patienten können Einfluss auf die Ergebnisse haben.

Sowohl die auf Rohdaten basierenden als auch die alters- und geschlechtsstandardisierten Raten sind dargestellt. Bei den standardisierten Raten werden die Unterschiede in Bezug auf Alter (ab 45 Jahre) und Geschlecht berücksichtigt, um aussagekräftigere internationale Vergleiche zu ermöglichen. Die auf Rohdaten basierenden Raten dürften für die interne Prüfung durch die einzelnen Länder von größerer Bedeutung sein und einen unmittelbareren Vergleich mit den in *Gesundheit auf einen Blick* 2007 für diesen Indikator angegebenen auf Rohdaten basierenden Raten ermöglichen.

5.4.1 Krankenhausletalitätsraten innerhalb von 30 Tagen nach Hospitalisierung wegen AMI, 2007

Alters- und geschlechtsstandardisierte Raten
Auf Rohdaten basierende Raten

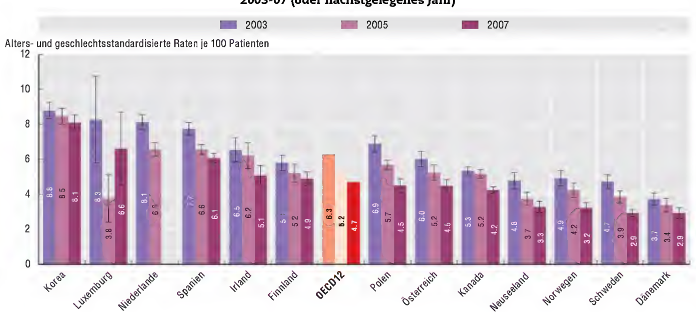
Frauen
Männer

Korea
Slowak. Rep.
Luxemburg (2006)
Niederlande (2005)
Ver. Königreich
Spanien
Tschech. Rep.
Ver. Staaten (2006)
Irland
OECD
Finnland
Polen
Österreich (2006)
Kanada
Italien (2006)
Neuseeland
Norwegen
Dänemark
Schweden
Island

12 10 8 6 4 2 0
Raten je 100 Patienten

0 5 10 15
Altersstandardisierte Raten je 100 Patienten

5.4.2 Verringerung der Krankenhausletalitätsraten innerhalb von 30 Tagen nach Hospitalisierung wegen AMI, 2003-07 (oder nächstgelegenes Jahr)



Quelle: OECD *Health Care Quality Indicators Data* 2009. Die Raten sind entsprechend der OECD-Bevölkerung (ab 45 Jahre) aus dem Jahr 2005 alters- und geschlechtsstandardisiert. 95%-Konfidenzintervalle sind durch ⊢⊣ dargestellt.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/804147214300

5.5. Krankenhausletalitätsraten nach einem Schlaganfall

Schlaganfall ist nach wie vor die dritthäufigste Ursache von Tod und Behinderung in den Industrieländern (WHO, 2002). Nach Schätzungen entfallen hierauf 2-4% der Gesundheitsausgaben, und auch außerhalb des Gesundheitssystems entstehen dadurch infolge von Behinderungen bedeutende Kosten (OECD, 2003a). Beim ischämischen Schlaganfall, der etwa 85% aller Fälle ausmacht, wird die Blutzufuhr zu einem Teil des Gehirns unterbrochen, wodurch es zu einer Nekrose im betroffenen Areal kommt. Beim hämorrhagischen Schlaganfall führt das Platzen von Blutgefäßen zu Blutungen im Gehirn, was in der Regel größere Schäden verursacht.

In den vergangenen zehn Jahren sind bei der Behandlung des ischämischen Schlaganfalls spektakuläre Fortschritte erzielt worden. Bis in die 1990er Jahre bestand weithin die Auffassung, dass die Hirnschäden irreversibel seien, und die Behandlung konzentrierte sich auf die Prävention von Komplikationen und Rehabilitation. Aber nachdem mit der Therapie der frühzeitigen Thrombolyse eine spektakuläre Verbesserung der Überlebensraten bei akutem Myokardinfarkt (AMI) erzielt worden war, zeigten sich bei klinischen Versuchen, die Anfang der 1990er Jahre begannen, in Japan eindeutige Vorteile der Behandlung ischämischer Schlaganfälle mit Thrombolyse (Mori *et al.*, 1992). Spezielle Schlaganfallstationen wurden nach dem Modell der sehr erfolgreichen kardiologischen Stationen in vielen Ländern, vor allem in den nordischen Ländern, eingerichtet, um eine rechtzeitige Diagnose und energische Therapie von Schlaganfallopfern zu ermöglichen. Eine vor kurzem durchgeführte Meta-Analyse von 18 Studien ergab, dass Schlaganfallstationen eine rd. 20% höhere Überlebensrate erreichten als gewöhnliche Behandlungsstationen (Seenan *et al.*, 2007).

Groß angelegte randomisierte klinische Versuche in den Vereinigten Staaten (z.B. NINDS, 1995) und Europa (z.B. Hacke *et al.*, 1995) haben den Effekt der Thrombolysetherapie bei ischämischen Schlaganfällen auf die Überlebenschancen und Behinderungen eindeutig nachgewiesen. Jedoch stößt die breite Einführung dieser Praktiken auf Grund von Faktoren, die mit der Struktur der Gesundheitsleistungen zusammenhängen, auf Widerstand (Wardlaw *et al.*, 2003; Wahlgren *et al.*, 2007). Die Letalitätsraten nach einem Schlaganfall sind für Vergleiche der Krankenhausleistungen in und zwischen Ländern herangezogen worden (OECD, 2003; Sarti *et al.*, 2003).

Die durchschnittliche standardisierte Letalitätsrate nach einem ischämischen Schlaganfall beträgt zwar 5%, es besteht jedoch zwischen der höchsten Rate im Vereinigten Königreich (9,0%) und den niedrigsten Raten in Island (2,3%) und Korea (2,4%) eine Differenz in Höhe von fast dem Vierfachen (Abbildung 5.5.1). Abbildung 5.5.2 zeigt die alters- und geschlechtsstandardisierten sowie die auf Rohdaten basierenden Raten für hämorrhagischen Schlaganfall. Die durchschnittliche Rate beträgt 19,8% und ist damit etwa viermal so hoch wie die Rate der Patienten mit ischämischem Schlaganfall, was auf die schwereren Auswirkungen intrakranieller Blutungen zurückzuführen ist. Die Differenz zwischen den gemeldeten Raten in Luxemburg (30,3%) und in der Slowakischen Republik (29,3%) sowie in Finnland (9,5%) beträgt nahezu das Dreifache.

Aus Abbildung 5.5.3 geht hervor, dass zwischen den Letalitätsraten nach ischämischen und hämorrhagischen Schlaganfällen eine Korrelation besteht – d.h. Länder mit höheren Überlebensraten bei einer der beiden Arten von Schlaganfall schneiden auch bei der anderen Art gut ab. Da die ersten Behandlungsschritte bei Schlaganfallpatienten ähnlich sind, deutet dies darauf hin, dass systembasierte Faktoren für die Erklärung der Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern eine Rolle spielen. So liegt etwa die Gruppe der nordischen Länder (Finnland, Schweden, Norwegen, Dänemark und Island) sowohl beim ischämischen als auch beim hämorrhagischen Schlaganfall unter dem OECD-Durchschnitt. Diese Länder waren Vorreiter bei der Einrichtung spezieller Schlaganfallstationen in den Krankenhäusern.

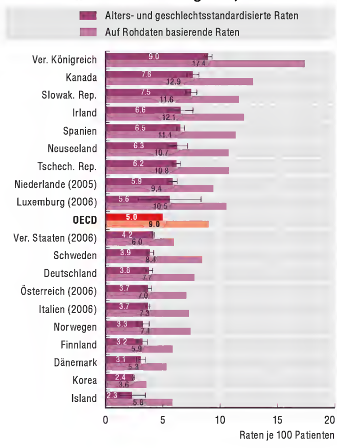
Abbildung 5.5.4 zeigt, dass die Letalitätsraten sowohl nach hämorrhagischen als auch nach ischämischen Schlaganfällen im Zeitraum 2002-2007 in den OECD-Ländern um rd. 15% zurückgegangen ist, wobei alle Länder bei beiden Schlaganfallarten einen Rückgang verzeichnet haben. Dies deutet auf eine breitflächige Verbesserung der medizinischen Versorgung hin.

Definition und Abweichungen

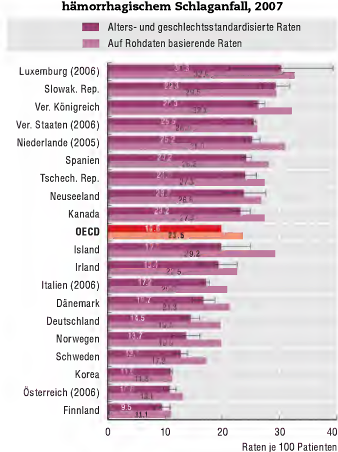
Die Krankenhausletalitätsrate nach ischämischen und hämorrhagischen Schlaganfällen ist definiert als Zahl der Personen, die innerhalb von 30 Tagen nach der Hospitalisierung (einschließlich des Hospitalisierungstags) sterben. Idealerweise sollten die Letalitätsraten auf den einzelnen Patienten basieren, es verfügen jedoch nicht alle Länder über die Möglichkeit, die Patienten bei Überweisungen von einem Krankenhaus zum nächsten oder sogar innerhalb ein und desselben Krankenhauses während ihres Aufenthalts oder nach ihrer Entlassung statistisch zu verfolgen, da sie derzeit nicht über individuelle Patientenidentifikatoren verfügen. Daher liegen diesem Indikator ausschließlich die Hospitalisierungsraten und die Sterbefälle in dem jeweiligen Krankenhaus zu Grunde. Unterschiede bei den Praktiken in Bezug auf die Entlassung und Überweisung von Patienten können Einfluss auf die Ergebnisse haben.

Sowohl die auf Rohdaten basierenden als auch die alters- und geschlechtsstandardisierten Raten sind dargestellt. Bei den standardisierten Raten werden die Unterschiede in Bezug auf Alter (ab 45 Jahre) und Geschlecht berücksichtigt, um aussagekräftigere internationale Vergleiche zu ermöglichen. Die auf Rohdaten basierenden Raten dürften für die interne Prüfung durch die einzelnen Länder von größerer Bedeutung sein und einen unmittelbareren Vergleich mit den in *Gesundheit auf einen Blick* 2007 für diesen Indikator angegebenen auf Rohdaten basierenden Raten ermöglichen.

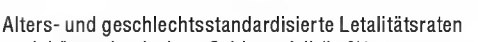
5.5.1 Krankenhausletalitätsraten innerhalb von 30 Tagen nach Hospitalisierung wegen ischämischem Schlaganfall, 2007

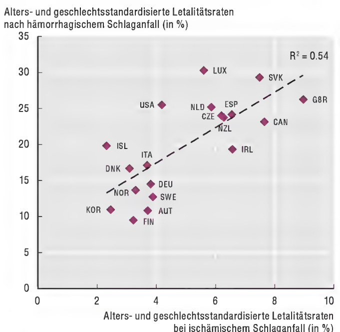


5.5.2 Krankenhausletalitätsraten innerhalb von 30 Tagen nach Hospitalisierung wegen hämorrhagischem Schlaganfall, 2007

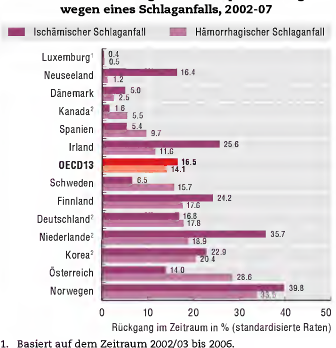


5.5.3 Krankenhausletalitätsraten innerhalb von 30 Tagen nach Hospitalisierung wegen ischämischem Schlaganfall und wegen hämorrhagischem Schlaganfall, 2007





5.5.4 Verringerung der Krankenhausletalitätsraten innerhalb von 30 Tagen nach Hospitalisierung wegen eines Schlaganfalls, 2002-07



1. Basiert auf dem Zeitraum 2002/03 bis 2006.
2. Basiert lediglich auf einem Dreijahreszeitraum.

Quelle: OECD Health Care Quality Indicators Data 2009. Die Raten sind entsprechend der OECD-Bevölkerung (ab 45 Jahre) aus dem Jahr 2005 alters- und geschlechtsstandardisiert. 95%-Konfidenzintervalle sind durch ├─┤ dargestellt.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/804163424860

5.6. Ungeplante Rehospitalisierungen wegen psychischen Störungen

Psychische Erkrankungen stellen eine erhebliche Belastung dar. Schizophrenie und bipolare Störungen zählen auf globaler Ebene zu den zehn wichtigsten Ursachen für auf Grund von Behinderung verlorene Lebensjahre (WHO, 2001).

Die psychiatrische Gesundheitsversorgung ist in vielen OECD-Ländern eine Politikpriorität geworden, was mit drastischen Veränderungen bei der Erbringung von Dienstleistungen im Bereich psychische Gesundheit einhergeht, insbesondere bei schweren Störungen wie Schizophrenie und bipolarer Störung. Seit der Deinstitutionalisierung in den 1970er Jahren hat sich die Versorgung von den großen psychiatrischen Krankenhäusern zur gemeindepsychiatrischen Versorgung hin verlagert. Paradoxerweise ist es auf Grund dieser Verlagerung schwieriger geworden, die psychiatrische Gesundheitsversorgung auf Bevölkerungsebene statistisch zu verfolgen, da nur wenige Länder über eine Gesundheitsdateninfrastruktur verfügen, die zur Verfolgung von Patienten über verschiedene Versorgungseinrichtungen hinweg geeignet ist.

In der Regel werden die Raten der ungeplanten Rehospitalisierungen als Indikator für eine unzureichende Koordination der Versorgung nach einer stationären Behandlung wegen psychiatrischer Störungen verwendet. Längere Verweildauern, angemessene Entlassungsplanung und Folgevisiten nach der Entlassung tragen dazu bei, die Zahl der Rehospitalisierungen zu verringern, was darauf hindeutet, dass die Rehospitalisierungsraten eher auf die Funktionsweise der psychiatrischen Gesundheitsdienste insgesamt als auf die Qualität der stationären Versorgung zurückzuführen sind (Lien, 2002). Die 30-Tage-Rehospitalisierungsraten sind in vielen Ländern Teil der Leistungsmonitoring-Systeme im Bereich psychiatrische Gesundheitsversorgung, etwa der Care Quality Commission im Vereinigten Königreich und des National Mental Health Performance Monitoring System in den Vereinigten Staaten.

Abbildung 5.6.1 zeigt die Variationsbreite bei den ungeplanten Rehospitalisierungen wegen Schizophrenie, wobei sich die nordischen Länder am oberen Ende und die Slowakische Republik, das Vereinigte Königreich, Spanien und Italien am unteren Ende des Spektrums befinden. In Bezug auf die Rehospitalisierungsraten bei bipolaren Störungen (Abbildung 5.6.2) bietet sich ein ähnliches Bild, wobei die nordischen Länder weit über dem Durchschnitt liegen. In den meisten Ländern sind die Raten bei Männern und Frauen ähnlich, in Italien jedoch weisen Männer mit Schizophrenie höhere Raten auf, während die Rehospitalisierungsraten bei weiblichen Patienten in Kanada und Dänemark höher sind. Im Hinblick auf Patienten mit bipolarer Störung sind in Finnland, Schweden, Irland, Kanada und Belgien die Rehospitalisierungsraten bei den Frauen höher. Diese Zahlen sind u.U. auf Verhaltensunterschiede bei der Suche nach ärztlicher Hilfe oder auf ein unterschiedliches Management entsprechend dem Geschlecht der Patienten zurückzuführen.

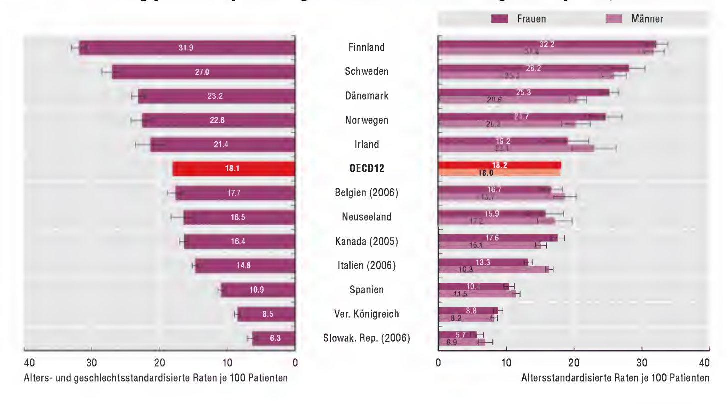
Angebotsseitige Faktoren wie die Verfügbarkeit von Krankenhausbetten (in der Psychiatrie und insgesamt) sowie das Profil der stationären Einrichtungen (Prozentsatz der stationären Versorgung in psychiatrischen Krankenhäusern, allgemeinen Akutkrankenhäusern und Wohneinrichtungen) können die Unterschiede bei den Rehospitalisierungsraten nicht erklären. Die durchschnittliche Verweildauer von Patienten mit Schizophrenie oder bipolarer Störung scheint mit den Unterschieden bei den Rehospitalisierungsraten nicht im Zusammenhang zu stehen. Konkrete Beobachtungen lassen darauf schließen, dass die unterschiedlichen Ansätze im Hinblick auf das Krisenmanagement eine Rolle spielen könnten. So setzen einige Länder mit niedrigeren Rehospitalisierungsraten, wie das Vereinigte Königreich, Spanien und Italien, zum Beispiel gemeindepsychiatrische „Krisenteams" ein, um die Patienten auf ambulanter Basis zu stabilisieren. In anderen Ländern mit hohen Raten, etwa Finnland und Dänemark, werden Intervallpflegeprotokolle verwendet, um instabile Patienten über kurze Zeiträume stationär zu versorgen. Es herrscht zwar ein breiter Konsens darüber, dass die gemeindepsychiatrische Versorgung der stationären Versorgung wo möglich vorzuziehen ist, in bestimmten Ländern scheint sich die Praxis jedoch auf die Ergänzung bzw. Substitution von gemeindepsychiatrischen Instrumenten durch eine stationäre Versorgung zu verlagern. In Ermangelung einer vergleichbaren Ergebnismessgröße in den verschiedenen Ländern sind die Vorteile dieses alternativen Ansatzes schwer zu beurteilen. Die Verbesserung der Informationssysteme im Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit wird erforderlich sein, um diese Art von Vergleichsdaten leicht zugänglich zu machen.

Definition und Abweichungen

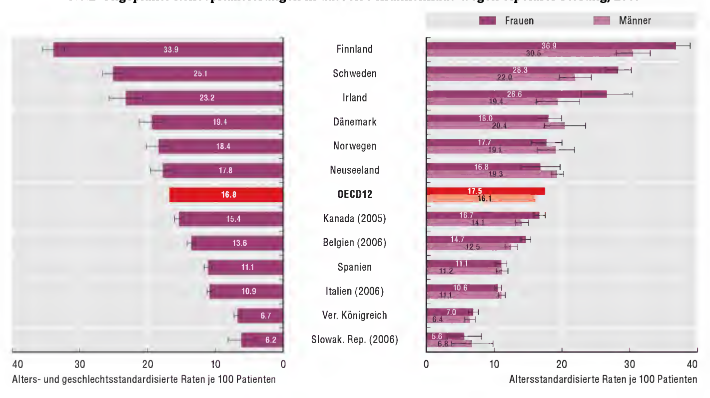
Der Indikator ist definiert als Zahl der jährlichen ungeplanten Wiedereinweisungen pro 100 Patienten mit der Diagnose Schizophrenie bzw. bipolare Störung. Der Nenner setzt sich aus allen Patienten zusammen, die im Jahresverlauf mindestens ein Mal wegen der Erkrankung eingewiesen wurden. Eine Rehospitalisierung wird als ungeplant betrachtet, wenn der Patient innerhalb von 30 Tagen nach der Entlassung wegen einer psychischen Störung in dasselbe Krankenhaus eingewiesen wird. Einweisungen am selben Tag (innerhalb von weniger als 24 Stunden) sind nicht berücksichtigt.

In vielen Ländern können Patienten nicht über verschiedene Einrichtungen hinweg statistisch verfolgt werden, da keine individuellen Patientenidentifikatoren verwendet werden. Die Raten sind daher nach unten verzerrt, da Rehospitalisierungen in anderen Einrichtungen nicht beobachtet werden können. Bei den acht Ländern, die die Wiedereinweisungsraten in dasselbe oder ein anderes Krankenhaus schätzen konnten, zeigte sich jedoch, dass die Raten auf der Grundlage der beiden verschiedenen Spezifikationen in enger Korrelation zueinander standen und dass die Rangfolge der Länder ähnlich war, was darauf hindeutet, dass die Wiedereinweisungen in dasselbe Krankenhaus als verlässliche Näherungsgröße verwendet werden können.

5.6.1 Ungeplante Rehospitalisierungen in dasselbe Krankenhaus wegen Schizophrenie, 2007



5.6.2 Ungeplante Rehospitalisierungen in dasselbe Krankenhaus wegen bipolarer Störung, 2007



Quelle: OECD Health Care Quality Indicators Data 2009. Die Raten sind entsprechend der OECD-Bevölkerung aus dem Jahr 2005 alters- und geschlechtsstandardisiert. 95%-Konfidenzintervalle sind durch ⊢⊣ dargestellt.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/804180342005

5.7. Screening, Überlebensrate und Mortalität bei Gebärmutterhalskrebs

Gebärmutterhalskrebs ist weitgehend vermeidbar. Screening durch regelmäßige Unterleibsuntersuchungen und Pap-Abstriche kann prämaligne Läsionen aufdecken, die dann effektiv behandelt werden können, bevor die Krebserkrankung eintritt. Regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen erhöhen auch die Wahrscheinlichkeit, dass bösartige Tumore im Frühstadium entdeckt werden, was die Überlebenschancen verbessert (Gatta *et al.*, 1998). Der Rat der Europäischen Union und die EU-Kommission fördern Krebs-Screening-Programme für die Bevölkerung der Mitgliedstaaten (Europäische Union, 2003; EU-Kommission, 2008c). Die OECD-Länder haben Früherkennungsprogramme eingeführt, die zeitlichen Abstände zwischen den Untersuchungen und auch die Zielgruppen weichen in den einzelnen Ländern jedoch voneinander ab. Außerdem hat die Entdeckung, dass Gebärmutterhalskrebs durch die sexuelle Übertragung gewisser Typen des HP-Virus (Humanes Papillomavirus) ausgelöst wird, zur Entwicklung vielversprechender Vorsorgeimpfungen (HPV-Impfung) gegen diese Krebsform geführt (Harper *et al.*, 2006). Die Wirksamkeit und Sicherheit dieser Impfungen hat sich inzwischen gut bewährt, dennoch sind das Kosten-Nutzen-Verhältnis und die Implikationen von Impfkampagnen für Heranwachsende bezüglich einer sexuell übertragbaren Krankheit in einigen Ländern weiterhin umstritten (Huang, 2008).

Es werden drei Indikatoren vorgestellt, um die unterschiedliche medizinische Versorgung in Bezug auf Gebärmutterhalskrebs in den OECD-Ländern zu zeigen: Gebärmutterhalskrebs-Screening (Prozentsatz der untersuchten Frauen im Alter von 20-69 Jahren), relative 5-Jahres-Überlebensrate und Mortalitätsraten bei Gebärmutterhalskrebs.

Die relativen Überlebensraten werden allgemein dazu verwendet, Fortschritte bei der Behandlung einer Krankheit im Zeitverlauf zu verfolgen. Sie zeigen sowohl, wie früh das Krebsleiden entdeckt wurde, als auch die Wirksamkeit der Behandlung. Die Mortalitätsraten genügen allein nicht, um zeitgerecht auf die Qualität der medizinischen Versorgung zu schließen, denn die derzeitigen Mortalitätsraten geben die Ergebnisse der Behandlung von Krebskranken in den vergangenen Jahren sowie die Veränderungen der Inzidenz wieder. Die Überlebensraten wurden für Vergleiche zwischen europäischen Ländern in der EUROCARE-Studie, Vergleiche zwischen europäischen Ländern und den Vereinigten Staaten (Gatta *et al.*, 2000) wie auch in nationalen Berichterstattungen zahlreicher Länder verwendet.

Die Screeningraten der einzelnen OECD-Länder sind sehr unterschiedlich, wobei die Vereinigten Staaten und das Vereinigte Königreich etwa eine Rate von 80% der Zielpopulation erreichen (Abbildung 5.7.1). In manchen Ländern mit sehr niedrigen Screeningraten, wie Japan und Ungarn, gibt es keine einheitlichen nationalen Vorsorgeprogramme; die niedrigen Raten sind auf lokale Programme oder opportunistische Vorsorge zurückzuführen. Das Datenmaterial deutet darauf hin, dass die Screeningraten in mehreren Ländern zwischen den Jahren 2000 und 2006 leicht zurückgegangen sind.

Für den Zeitraum 2002-2007 verzeichneten fast alle Länder relative 5-Jahres-Überlebensraten von über 60%. Die Raten schwankten von 76,5% in Korea bis 50,1% in Polen (Abbildung 5.7.2). In den Zeiträumen 1997-2002 und 2002-2007 verbesserten sich die relativen 5-Jahres-Raten in den meisten Ländern, wenngleich in den meisten Fällen die Verbesserung statistisch nicht signifikant ist.

Abbildung 5.7.3 zeigt, dass die Mortalitätsraten für Gebärmutterhalskrebs in den meisten OECD-Ländern zwischen 1995 und 2005 zurückgegangen sind, wobei die Verbesserungen in den Ländern mit ursprünglich höheren Raten stärker ausfielen, so auch in Mexiko und mehreren mittel- und osteuropäischen Staaten.

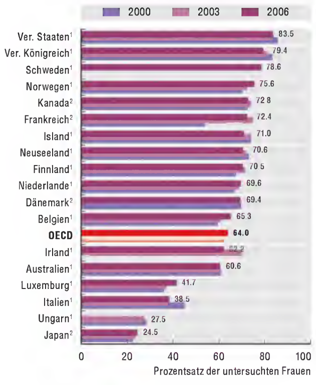
Definition und Abweichungen

Die Raten der Gebärmutterhalskrebsvorsorgeuntersuchungen entsprechen dem Anteil der Patientinnen, die Anspruch auf eine Vorsorgeuntersuchung haben und sich tatsächlich einer Untersuchung unterzogen haben. Da zwischen den Ländern Unterschiede hinsichtlich der zeitlichen Abstände zwischen den Untersuchungen bestehen, basieren die Raten auf der spezifischen Politik des jeweiligen Landes. Zu beachten ist hierbei vor allem, dass die Erhebungen in einigen Ländern auf Umfragen und in anderen auf administrativen Daten beruhen, was Einfluss auf die Ergebnisse haben kann. Verfügt ein Land über ein organisiertes Screeningprogramm und werden Frauen gleichzeitig aber auch außerprogrammmäßig betreut, sind die Raten möglicherweise zu niedrig ausgewiesen. Ebenso können die auf Erhebungen basierenden Raten auf Grund von Erinnerungsfehlern unterzeichnet sein.

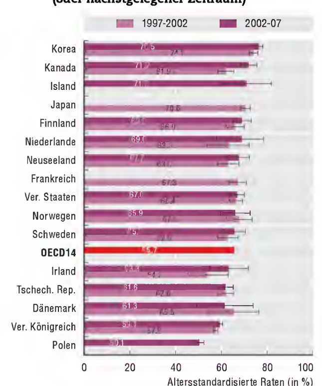
Die relativen Krebsüberlebensraten spiegeln den Anteil der Patienten mit einer bestimmten Krebsart wider, die nach einem bestimmten Zeitraum (in der Regel fünf Jahre) noch am Leben sind, im Vergleich zu einer Kontrollgruppe mit Gesunden derselben Altersstruktur. Die relativen Überlebensraten erfassen die Übersterblichkeit, die einer Krebsdiagnose zugeschrieben werden kann. Genauer gesagt bedeutet eine relative Überlebensrate von 80% nicht, dass 80% der Krebspatienten nach fünf Jahren noch am Leben sind, sondern vielmehr, dass 80% der Patienten, denen angesichts ihres Alters zum Zeitpunkt der Diagnose entsprechende Überlebenschancen eingeräumt werden konnten, fünf Jahre später auch effektiv noch am Leben sind. Alle hier dargestellten Überlebensraten sind unter Anwendung der Bevölkerungsdaten des International Cancer Survival Standard (ICSS) altersstandardisiert worden. Die in *Gesundheit auf einen Blick 2007* verzeichneten Daten waren nicht altersstandardisiert, weshalb kein Vergleich zwischen den Raten in der vorliegenden Ausgabe und denen der vorangegangenen möglich ist. Es erfolgte keine Bereinigung der Überlebensraten nach dem Stadium des Tumors zum Zeitpunkt der Diagnose, so dass es nicht möglich ist, zwischen dem relativen Effekt von Früherkennung und von besserer Behandlung zu unterscheiden.

Vgl. Indikator 1.5 „Mortalität durch Krebs“, zu Definition, Quelle und Methodik, die den Krebssterblichkeitsraten zu Grunde liegen.

5.7.1 Gebärmutterhalskrebs-Screening, Prozentsatz der untersuchten Frauen im Alter von 20-69 Jahren, 2000-06 (oder nächstgelegenes Jahr)

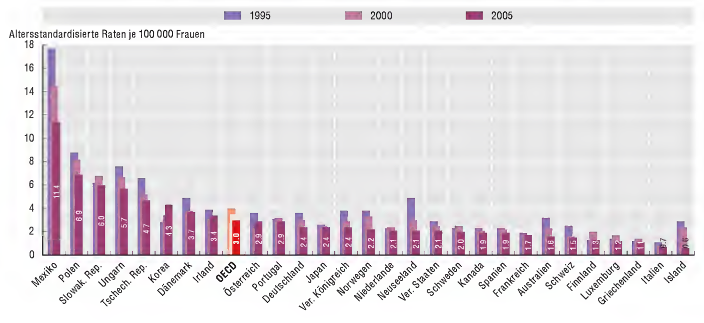


5.7.2 Relative 5-Jahres-Überlebensrate bei Gebärmutterhalskrebs, 1997-2002 und 2002-07 (oder nächstgelegener Zeitraum)



1. Programmdaten.
2. Erhebungsdaten.

5.7.3 Gebärmutterhalskrebs, Sterberaten, Frauen, 1995-2005 (oder nächstgelegenes Jahr)



Quelle: OECD *Health Care Quality Indicators Data 2009*. Die Überlebensraten sind der Bevölkerungsstruktur der International Cancer Survival Standards entsprechend altersstandardisiert. OECD-*Gesundheitsdaten 2009* (Krebs-Screening; die Rohdaten zur Mortalität sind der Mortalitätsdatenbank der WHO entnommen und entsprechend der OECD-Bevölkerung von 1980 altersstandardisiert). 95%-Konfidenzintervalle werden in den relevanten Abbildungen von ├─┤ dargestellt.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/804237034558

5.8. Screening, Überlebensrate und Mortalität bei Brustkrebs

Der Brustkrebs ist die häufigste Krebsart bei Frauen, wobei in den Vereinigten Staaten die Wahrscheinlichkeit, im Lauf des Lebens an diesem Krebs zu erkranken, bei etwa 11% liegt und die Wahrscheinlichkeit, daran zu sterben, bei rd. 3% (Feuer *et al.*, 2003). Jede neunte Frau bekommt früher oder später in ihrem Leben Brustkrebs und jede 30. Frau stirbt daran. Die Gesamtausgaben für die Behandlung von Brustkrebs machen im Allgemeinen etwa 0,5-0,6% aller Gesundheitsausgaben aus (OECD, 2003a).

Die Kombination aus öffentlichen Gesundheitsinterventionen und verbesserter medizinischer Technologie hat zu einer deutlichen Verbesserung der Überlebensraten bei Brustkrebs beigetragen. Eine größere Sensibilisierung für die Krankheit und die Ermunterung zu Selbstuntersuchung und Mammografie-Screening (Europäische Union, 2003; Europäische Kommission, 2006) haben dazu geführt, dass die Krankheit in einem früheren Stadium erkannt werden kann. Technologische Verbesserungen wie die Kombination von brusterhaltender Chirurgie mit einer Strahlentherapie und die Einführung adjuvanter systemischer Chemotherapiemaßnahmen haben die Überlebenschancen wie auch die Lebensqualität der Überlebenden erhöht (Mauri *et al.*, 2008).

Drei Indikatoren werden vorgestellt, um die Unterschiede bei der medizinischen Versorgung unter den OECD-Ländern darzustellen: Mammografie-Screeningraten bei Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren, relative Überlebensrate und Mortalitätsraten bei Brustkrebs. Klinische Studien haben die Wirksamkeit von Brustkrebsvorsorgeuntersuchungen und -behandlungen bei der Verbesserung der Überlebenschancen nachgewiesen. Wenngleich die optimale Frequenz der Untersuchungen und die zu berücksichtigende Altersgruppe noch umstritten sind, haben die meisten Länder mittlerweile Screeningprogramme eingeführt. So befürworten zum Beispiel die EU-Richtlinien (Europäische Kommission, 2006) das Ziel einer Screeningrate von mindestens 75% aller anspruchsberechtigten Frauen in den europäischen Ländern.

Ressourcen und Entwicklungsmuster bei der Brustkrebsbehandlung unterscheiden sich je nach OECD-Land stark, und es ist daher interessant, die Überlebens- und Mortalitätsraten zu vergleichen (OECD, 2003a). Die Brustkrebsüberlebensraten wurden zum Ländervergleich unter anderem in der EUROCARE-Studie (Sant *et al.*, 2009) und in der CONCORD-Studie (Coleman *et al.*, 2008) herangezogen.

In den Niederlanden und Finnland werden fast 90% der Frauen zwischen 50 und 69 Jahren jährlich untersucht, in der Slowakischen Republik und Japan sind es hingegen nur etwa 20% (Abbildung 5.8.1). Manche Länder mit sehr niedrigen Screeningraten, wie Japan, besitzen kein nationales Screeningprogramm; die niedrigen Raten sind opportunistischen Untersuchungen oder lokalen Programmen zuzuschreiben. Manche Länder, deren Raten im Jahr 2000 niedrig lagen, zum Beispiel die Tschechische Republik und die Slowakische Republik, verzeichneten bis zum Jahr 2006 deutliche Steigerungen, während es in anderen Ländern mit bereits hohen Raten Rückgänge gab, darunter in den Vereinigten Staaten, Finnland und Norwegen.

In vielen OECD-Ländern liegen die Überlebensraten bei über 80%, in den Vereinigten Staaten sind es sogar 90% (Abbildung 5.8.2). Die Vereinigten Staaten verzeichnen die höchste Überlebensrate für Frauen, die im Jahr 2002 eine Brustkrebsdiagnose erhielten, und für dasselbe Jahr eine Screeningrate, die mit unter den höchsten aller OECD-Länder liegt. Da es mehrerer Jahre bedarf, bis die Auswirkungen der Früherkennung durch Screening in Erscheinung treten, werden die Folgen des Rückgangs der Mammografieraten in den Vereinigten Staaten zwischen 2000 und 2006 unsicher bleiben, bis die Überlebensraten der kommenden Jahre vorliegen.

Abbildung 5.8.2 zeigt, dass sich die relativen 5-Jahres-Überlebensraten bei Brustkrebs zwischen 1997-2002 und 2002-07 in fast allen Ländern leicht verbessert haben, wenngleich die Veränderungen in der Regel statistisch nicht relevant sind. Allerdings bestätigen Daten aus europäischen Ländern über einen längeren Zeitraum, dass die 5-Jahres-Überlebensraten bei Brustkrebs in den letzten Jahren gestiegen sind, insbesondere in den osteuropäischen Ländern, in denen im historischen Rückblick die Überlebensraten niedriger waren (Verdecchia *et al.*, 2007).

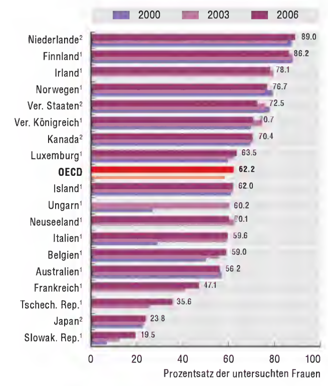
Abbildung 5.8.3 zeigt, dass die Mortalitätsraten bei Brustkrebs in den meisten OECD-Ländern zurückgehen. Korea und Japan bilden hier Ausnahmen, wenngleich die Veränderungen gering sind und die Mortalitätsraten weiterhin zu den niedrigsten aller OECD-Länder gehören. Umgekehrt gibt es deutliche Verbesserungen in den Ländern, deren Raten im Jahr 1995 hoch waren, wie die Niederlande, das Vereinigte Königreich, Irland und Dänemark.

Definition und Abweichungen

Die Mammografie-Screeningraten messen den Anteil der berechtigten Patientinnen, die tatsächlich untersucht werden. Auf Grund der zwischen den Ländern hinsichtlich der Zielaltersgruppe wie auch der zeitlichen Abstände zwischen den Untersuchungen bestehenden Unterschiede basieren die Raten auf der spezifischen Politik des jeweiligen Landes. Manche Länder erheben die Screeningraten auf der Basis von Erhebungsdaten und andere von administrativen Daten, was die Ergebnisse beeinflussen kann. Verfügt ein Land über ein organisiertes Screeningprogramm und werden Frauen gleichzeitig aber auch außerprogrammmäßig betreut, sind die Raten möglicherweise zu niedrig ausgewiesen. Ebenso können die auf Erhebungen basierenden Raten auf Grund von Erinnerungsfehlern unterzeichnet sein.

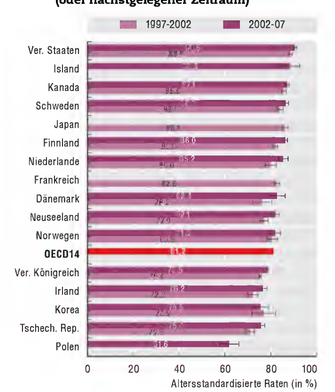
Die Überlebens- und Mortalitätsraten werden im Indikator 5.7 „Gebärmutterhalskrebs“ definiert.

5.8.1 Mammografie-Screening, Prozentsatz der untersuchten Frauen im Alter von 50-69 Jahren, 2000-06 (oder nächstgelegenes Jahr)

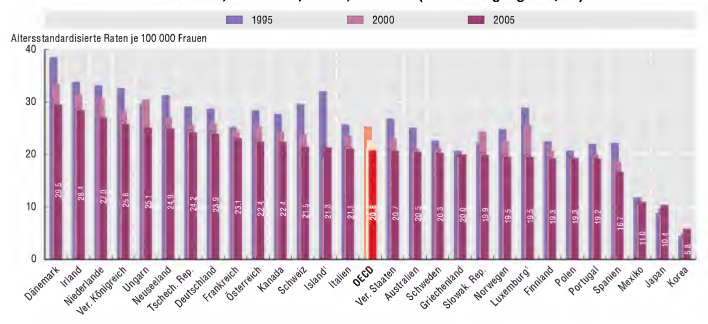


1. Programmdaten.
2. Erhebungsdaten.

5.8.2 Brustkrebs, relative 5-Jahres-Überlebensrate, 1997-2002 und 2002-07 (oder nächstgelegener Zeitraum)



5.8.3 Brustkrebs, Sterberaten, Frauen, 1995-2005 (oder nächstgelegenes Jahr)



1. Die Raten für Island und Luxemburg ergeben sich aus einem Dreijahresdurchschnitt.

Quelle: OECD *Health Care Quality Indicators Data 2009*. Die Überlebensraten sind der Bevölkerungsstruktur der International Cancer Survival Standards entsprechend altersstandardisiert. *OECD-Gesundheitsdaten 2009* (Krebs-Screening; die Rohdaten zur Mortalität sind der Mortalitätsdatenbank der WHO entnommen und entsprechend der OECD-Bevölkerung von 1980 altersstandardisiert). 95%-Konfidenzintervalle werden in den relevanten Abbildungen von ⊢⊣ dargestellt.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/804275524400

5.9. Überlebensrate und Mortalität bei Darmkrebs

Darmkrebs ist die dritthäufigste Krebsart bei Frauen (nach Brust- und Lungenkrebs) und Männern (nach Prostata- und Lungenkrebs). Schätzungen zufolge werden in den Vereinigten Staaten für die Behandlung von Darmkrebs jährlich 8,4 Mrd. US-$ aufgewendet (Brown *et al.*, 2002). Fortschritte bei Diagnose und Behandlung haben die Überlebenschancen in den vergangenen Jahrzehnten erhöht.

Es gibt Belege für den klinischen Nutzen von Vorsorge durch regelmäßige Koloskopien und Stuhluntersuchungen nach okkultem Blut (USPSTF, 2008) sowie verschiedene Behandlungsmethoden, wie Chirurgie (Govindarajan *et al.*, 2006) und Chemotherapie (CCCG, 2000), selbst im fortgeschrittenen Krankheitsstadium. Dieselben Studien deuten gleichzeitig darauf hin, dass von den unterschiedlichen Vorsorge- und Behandlungsoptionen nicht hinreichend Gebrauch gemacht wird. Obwohl in einigen OECD-Ländern organisierte Screeningprogramme eingeführt werden, gibt es dennoch auf internationaler Ebene bisher keine Daten zu den Screeningraten für Darmkrebs.

Abweichungen bei den Ergebnissen für Patienten mit Darmkrebs werden durch die relativen 5-Jahres-Überlebensraten und die Mortalitätsraten dargestellt. Die Überlebensraten bei Darmkrebs wurden zum Vergleich der europäischen Länder in der EUROCARE-Studie herangezogen (Sant *et al.*, 2009), zum Vergleich verschiedener Länder weltweit in der CONCORD-Studie (Coleman *et al.*, 2008) und in zahlreichen nationalen Berichten.

Abbildung 5.9.1 zeigt die neuesten relativen 5-Jahres-Überlebensraten für Patienten mit Darmkrebs. Japan weist mit 67% die höchste relative Überlebensrate auf, gefolgt von Island und den Vereinigten Staaten mit Raten über 65%. Die niedrigste Rate weist Polen mit 38% aus, gefolgt von der Tschechischen Republik und dem Vereinigten Königreich, Irland und Dänemark.

In allen Ländern werden im Zeitverlauf Verbesserungen bei den Überlebensraten verzeichnet (Abbildung 5.9.2), wenngleich die Steigerung oft statistisch nicht signifikant ist. Die Vereinigten Staaten, die die höchste Überlebensrate (62,5%) für im Jahr 1997 diagnostizierte Patienten aufwiesen, verbesserten sich auf 65,5% für die im Jahr 2000 diagnostizierten Patienten. Die Tschechische Republik hat sich von 41% im Zeitraum 1997-2002 auf 47% zwischen 2001 und 2006 verbessert.

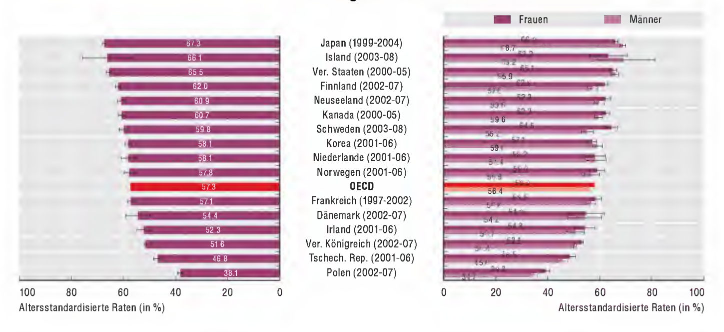
Historische Zeitreihen für Frankreich lassen zwischen 1976 und 1988 einen Anstieg der 5-Jahres-Überlebensrate von 33% auf 55% erkennen, der auf eine höhere Rate an tumorchirurgischen Eingriffen mit weniger postoperativen Sterbefällen, vorzeitigere Diagnosen und einen verstärkten Einsatz der Chemotherapie zurückgeführt werden kann (Faivre-Finn *et al.*, 2002). Diese Ergebnisse decken sich mit den Erfahrungen, die in anderen europäischen Ländern (Sant *et al.*, 2009) und den Vereinigten Staaten (SEER, 2009) gemacht wurden. Jüngere Daten aus dem EUROCARE-Projekt haben gezeigt, dass die Überlebensrate bei Darmkrebs in Europa und insbesondere in den osteuropäischen Ländern weiter angestiegen ist (Verdecchia *et al.*, 2007).

Mortalitätstrends bei Darmkrebs werden für den Zeitraum 1995-2005 in Abbildung 5.9.3 dargestellt. Die meisten Länder haben in diesen zehn Jahren einen Rückgang der Darmkrebsmortalität verzeichnet. Auch wenn die Raten Koreas im Zeitverlauf merklich gestiegen sind, gehören sie noch immer zu den niedrigsten aller OECD-Länder. Die rasche Verbreitung einer Ernährung westlicher Prägung ist eine mögliche Erklärung für diese Zunahme. Abbildung 5.9.2 zeigt, dass es Korea gelungen ist, die relativen Überlebensraten in den letzten Jahren deutlich zu steigern, was darauf hindeutet, dass das Gesundheitssystem sich dieser neuen Herausforderung stellt. Die mittel- und osteuropäischen Länder weisen tendenziell höhere Mortalitätsraten auf, wohingegen bei den anderen OECD-Ländern keine eindeutigen geografischen Muster erkennbar sind. Länder mit relativ hohen Überlebensraten, wie Japan und die Vereinigten Staaten, haben auch unterdurchschnittliche Mortalitätsraten, was die Hypothese verstärkt, dass die Unterschiede bei den relativen Überlebensraten eine bessere medizinische Versorgung der Krebspatienten widerspiegeln.

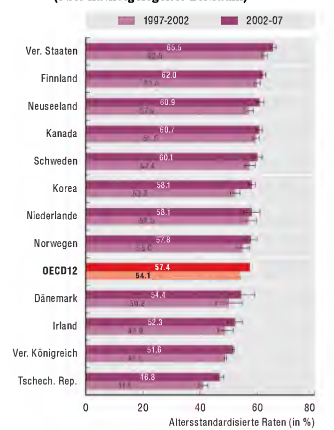
Definition und Abweichungen

Überlebens- und Mortalitätsraten werden im Indikator 5.7 „Gebärmutterhalskrebs“ definiert und weichen auf Grund der Berücksichtigung von Analkrebs von der ICD-10-Definition von Darmkrebs ab, die in *Gesundheit auf einen Blick* 2007 verwendet wird.

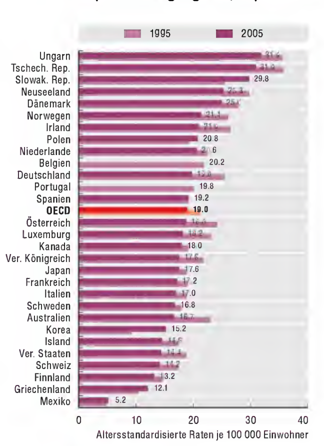
5.9.1 Darmkrebs, relative 5-Jahres-Überlebensrate, insgesamt sowie Männer und Frauen, letzter verfügbarer Zeitraum



5.9.2 Darmkrebs, relative 5-Jahres-Überlebensrate, 1997-2002 und 2002-07 (oder nächstgelegener Zeitraum)



5.9.3 Darmkrebs, Sterberaten, 1995-2005 (oder nächstgelegenes Jahr)



Quelle: OECD Health Care Quality Indicators Data 2009. Die Überlebensraten sind der Bevölkerungsstruktur der International Cancer Survival Standards entsprechend altersstandardisiert. *OECD-Gesundheitsdaten* 2009 (Krebs-Screening; die Rohdaten zur Mortalität sind der Mortalitätsdatenbank der WHO entnommen und entsprechend der OECD-Bevölkerung von 1980 altersstandardisiert). 95%-Konfidenzintervalle werden in den relevanten Abbildungen von ├─┤ dargestellt.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/804300137050

5.10. Impfschutzprogramme für Kinder

Kinderimpfungen sind nach wie vor einer der kosteneffizientesten Eingriffe der Gesundheitspolitik. Alle OECD-Länder – in manchen Fällen sind es auch subnationale Verwaltungseinheiten – haben auf der Basis ihrer Interpretation der Risiken und Vorteile des jeweiligen Impfstoffs entsprechende Impfprogramme eingerichtet.

Die Impfung gegen Keuchhusten (oft in Verbindung mit der Impfung gegen Diphterie und Tetanus verabreicht) und Masern ist Bestandteil fast aller Programme, und Überprüfungen zur Wirksamkeit der Impfungen gegen diese Krankheiten haben gezeigt, dass sie sehr erfolgreich sind. In Europa ist die Inzidenz von Masern dank der allmählichen Einführung der Masernimpfung heute etwa zehnmal geringer als Anfang der 1990er Jahre.

Seit 1982 existiert eine Impfung gegen Hepatitis B, die als zu 95% wirksam gegen die Ansteckung und ihre chronischen Folgen wie Zirrhose und Leberkrebs gilt. Im Jahr 2004 wurde geschätzt, dass über 350 Millionen Menschen weltweit chronisch mit dem Hepatitis-B-Virus infiziert und den Risiken ernstzunehmender Erkrankung und Tod ausgesetzt sind (WHO, 2009a).

Im Jahr 2007 hatten bereits über 170 Länder damit begonnen, die WHO-Empfehlung zur Berücksichtigung des Hepatitis-B-Virus in ihren nationalen Impfschutzprogrammen für Kinder umzusetzen. In Ländern mit niedriger Hepatitis-B-Inzidenz (z.B. Australien, Neuseeland, Nord- und Westeuropa sowie Nordamerika) empfiehlt die WHO, einer allgemeinen Hepatitis-B-Impfung dennoch hohe Priorität einzuräumen, da ein bedeutender Anteil der chronischen Infektionen im Kleinkindalter auftreten (WHO, 2004a).

Die Abbildungen 5.10.1 und 5.10.2 zeigen, dass die Quoten bei der Impfung von Kindern gegen Masern und Keuchhusten (einschließlich Diphtherie und Tetanus) in den OECD-Ländern hoch sind. Durchschnittlich erhalten über 90% der Zweijährigen die empfohlenen Masern- und Keuchhustenimpfungen, und die Raten liegen in allen Ländern über 75%.

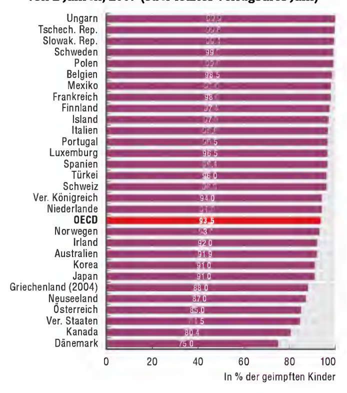
Abbildung 5.10.3 zeigt, dass der durchschnittliche Anteil der Zweijährigen, die über nationale Programme in den verschiedenen Ländern gegen Hepatitis B geimpft sind, über 95% beträgt. Einige Länder schreiben bisher keine Impfung bis zum Alter von zwei Jahren vor oder verfügen nicht über regelmäßige Programme, deshalb sind die Raten in diesen Ländern wesentlich niedriger als in anderen. In Dänemark und Schweden gehört die Hepatitis-B-Impfung z.B. nicht zum Pflichtimpfprogramm und wird nur für bestimmte Risikogruppen empfohlen. Kanada hat zwar für Heranwachsende eine allgemeine Impfpflicht gegen Hepatitis B eingeführt, hingegen bieten nicht alle Provinzen und Territorien Programme für Kleinkinder an (Public Health Agency of Canada, 2009; sowie Mackie *et al.*, 2009). In Frankreich bleibt die Hepatitis-B-Impfung angesichts anhaltender Spekulationen über mögliche Nebenwirkungen kontrovers.

Abbildung 5.10.4 zeigt, dass die Inzidenz der Hepatitis B in den meisten OECD Ländern mit unter zwei je 100 000 Einwohner niedrig ist. Nur Österreich, die Türkei und Island verzeichnen Raten, die weit über dem OECD-Durchschnitt von 2,5 je 100 000 Einwohner liegen und fallen auf der Basis der WHO-Kriterien in die Hochinzidenz-Kategorie (WHO, 2004a).

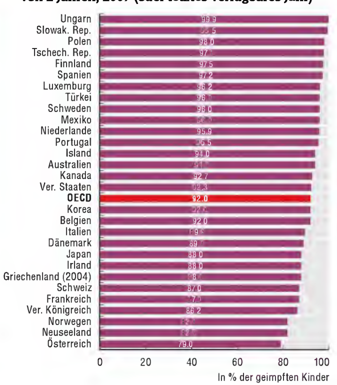
Definition und Abweichungen

Die Impfraten geben den Anteil der Kinder im Alter von 1 oder 2 Jahren an, der im empfohlenen Zeitrahmen gegen die jeweilige Krankheit geimpft wurde. Da jedes Land bezüglich der Impfung von Kindern eine etwas andere Politik verfolgt, basiert dieser Indikator auf der jeweils aktuellen Politik des betreffenden Landes. Manche Länder verabreichen Kombinationsimpfungen (z.B. für Diphtherie, Tetanus und Keuchhusten), während andere die Impfungen getrennt durchführen. Es kann Abweichungen bei den Raten geben, falls die Tetanusimpfrate anstelle der Keuchhustenrate angegeben wurde, doch werden diese Abweichungen auf unter 0,5% geschätzt. Einige Länder ermitteln die Impfraten anhand von Umfragen, andere anhand administrativer Daten, was Einfluss auf die Ergebnisse haben kann.

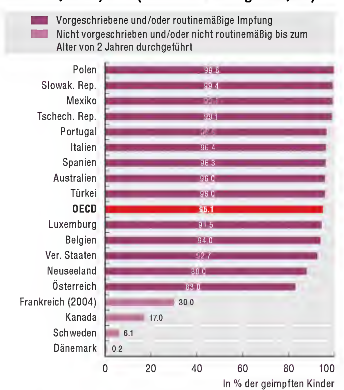
5.10.1 Keuchhustenimpfquote bei Kindern im Alter von 2 Jahren, 2007 (oder letztes verfügbares Jahr)



5.10.2 Masernimpfquote bei Kindern im Alter von 2 Jahren, 2007 (oder letztes verfügbares Jahr)

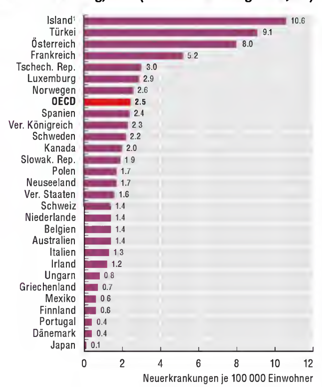


5.10.3 Hepatitis-B-Impfquote bei Kindern im Alter von 2 Jahren, 2007 (oder letztes verfügbares Jahr)



Anmerkung: Der OECD-Durchschnitt enthält nur die Länder mit Impfpflicht oder regelmäßigen Impfprogrammen.

5.10.4 Inzidenz der Hepatitis B in der Gesamtbevölkerung, 2007 (oder letztes verfügbares Jahr)



1. Auf der Basis eines Dreijahresdurchschnitts.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2009.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/804314242771

5.11. Grippeschutzimpfung für ältere Menschen

Grippe ist weltweit eine häufig auftretende Infektionskrankheit, von der Menschen aller Altersgruppen betroffen sind. So erkranken beispielsweise jedes Jahr zwischen 5% und 20% der Menschen in den Vereinigten Staaten an Grippe (CDC, 2009b). Während sich die meisten Betroffenen schnell erholen, besteht bei Älteren und chronisch Kranken ein erhöhtes Risiko, dass es zu Komplikationen oder gar zu einem tödlichen Ausgang der Krankheit kommt. Zwischen 1979 und 2001 wurden in den Vereinigten Staaten auf Grund von Grippeerkrankungen Jahr für Jahr durchschnittlich über 200 000 Personen in Krankenhäuser eingeliefert und 36 000 Todesfälle verzeichnet (CDC, 2009b). Die erwerbstätige Bevölkerung leidet erheblich unter der Grippe, obwohl die Grippemorbidität und -mortalität vorwiegend die Älteren und chronisch Kranke betrifft (Keech *et al*., 1998). In Europa verursacht die Grippe etwa 10% der Fehlzeiten am Arbeitsplatz, und die durch verlorene Produktivität in Frankreich und Deutschland bedingten Kosten wurden auf zwischen 9,3 Mrd. und 14,1 Mrd. US-$ pro Jahr geschätzt (Szucs, 2004).

Im Lauf der letzten zehn Jahre hat sich die Grippeimpfung für ältere Menschen in den OECD-Ländern immer weiter durchgesetzt. Die Grippeimpfung wird für die ältere Bevölkerung sowie für chronisch Kranke in Europa, den Vereinigten Staaten und anderen Ländern dringend empfohlen (Nicholson *et al*., 1995).

Abbildung 5.11.1 zeigt, dass im Jahr 2007 der durchschnittliche Anteil der über 65-Jährigen, die gegen Grippe geimpft waren, 56% betrug. Es gibt allerdings sehr starke Unterschiede bei den Impfraten, von 24% in der Tschechischen Republik bis 78% in Australien.

Abbildung 5.11.2 zeigt, dass der OECD-Durchschnitt zwar zwischen 1998 und 2003 deutlich gestiegen ist, die durchschnittliche Impfquote hingegen zwischen 2003 und 2007 relativ stabil blieb. Ab 2003 erhöhten manche Länder ihren Erfassungsgrad marginal, während derjenige anderer Länder sank, insbesondere dort, wo er bereits unter dem OECD-Durchschnitt lag, wie die Slowakische Republik und Ungarn.

Eine Reihe von Faktoren hat zum derzeitigen Stand der Grippeimpfraten in OECD-Ländern beigetragen, namentlich die größere Akzeptanz der präventiven Medizin bei Patienten und Gesundheitsfachkräften, eine weitergehende Übernahme der Impfkosten durch die gesetzliche Krankenversicherung sowie die Tatsache, dass diese Impfung vermehrt von anderen Gesundheitsfachkräften als Ärzten durchgeführt wird (Singleton *et al*., 2000). In einigen Ländern muss bei der weiteren Verbesserung des Erfassungsgrads eine Reihe von Hindernissen überwunden werden. So werden zum Beispiel als mögliche Gründe für die relativ niedrigen Impfquoten in Österreich angeführt, dass die Öffentlichkeit nicht ausreichend informiert ist, die Impfkosten nicht genügend von der Versicherung übernommen werden und unter den österreichischen Ärzten kein Konsens hinsichtlich der Bedeutung der Impfung besteht (Kunze *et al*., 2007).

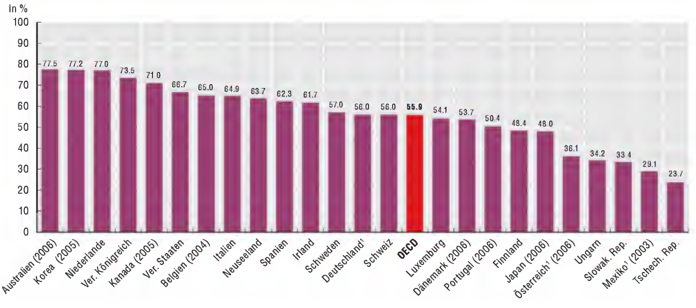
Besonders ansteckende Virenstämme, wie die H5N1-Variante der Vogelgrippe, könnten Pandemien weit größeren Ausmaßes auslösen als die saisonale Grippe. Die Auswirkungen der Grippe nicht nur auf die Gesundheit der Bevölkerung, sondern auch auf die Wirtschaftstätigkeit bestätigten sich anlässlich der H1N1-Epidemie (auch „Schweinegrippe" genannt) erneut. Zwar sind die wirtschaftlichen Konsequenzen der H1N1-Epidemie noch nicht vollständig erfasst, doch hatte die Weltbank im Jahr 2008 geschätzt, dass eine gravierende Grippe-Pandemie die Weltwirtschaft bis zu 4,8% des weltweiten BIP kosten könnte (Burns *et al*., 2008).

Die WHO berichtet, dass Impfungen eine der besten Möglichkeiten sind, Menschen während einer Grippe-Epidemie oder Pandemie zu schützen. Zu den weiteren Maßnahmen zählen anti-virale und andere Medikamente, Reduktion der Kontaktintensität (*social distancing*) und persönliche Hygiene. Wenngleich etablierte nationale Infrastrukturen und Prozesse zur Durchführung von saisonalen Impfkampagnen darauf hindeuten können, dass eine bessere Vorbereitung im Fall einer Grippewelle besteht, zeigen die besten wissenschaftlichen Untersuchungen, dass die saisonalen Grippeschutzimpfungen, die in den OECD-Ländern routinemäßig durchgeführt werden, nicht oder kaum vor der A-Grippe (H1N1) schützen. Die Entwicklung und Verbreitung wirksamer Impfstoffe nimmt über sechs Monate in Anspruch (WHO, 2009b).

Definition und Abweichungen

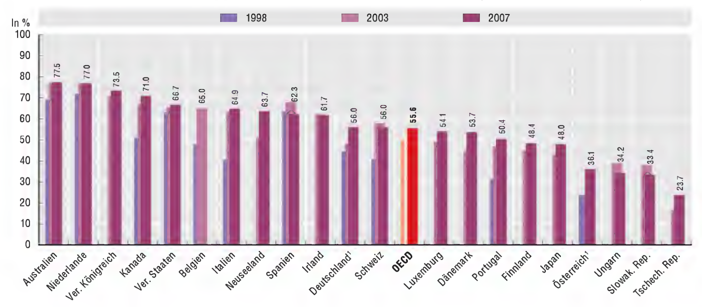
Die Grippedurchimpfungsrate entspricht dem Prozentsatz der Personen ab 65 Jahre, die an der jährlichen Grippeimpfung teilgenommen haben, geteilt durch die Gesamtzahl der Angehörigen dieser Altersgruppe. Die Vergleichbarkeit der Daten wird hauptsächlich durch die Verwendung unterschiedlicher Datenquellen eingeschränkt, die verschiedenen Arten von Fehlern und Verzerrungen unterliegen können. Zum Beispiel können die Daten aus Umfrageergebnissen durch unklare Erinnerungen und Verwaltungsunregelmäßigkeiten unterschiedlich ausfallen.

5.11.1 Grippeimpfschutz, Bevölkerung ab 65 Jahre, 2007 (oder letztes verfügbares Jahr)



1. Bevölkerung ab 60 Jahre.

5.11.2 Grippedurchimpfungsraten, Bevölkerung ab 65 Jahre, 1998-2007 (oder nächstgelegenes Jahr)



1. Bevölkerung ab 60 Jahre.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2009.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/804353843170





6. ZUGANG ZUM GESUNDHEITSWESEN

Einleitung

In der vorliegenden Ausgabe von *Gesundheit auf einen Blick* wird ein neues Kapitel über den Zugang zum Gesundheitswesen eingeführt, das auf den jüngsten OECD-Arbeiten in diesem Bereich basiert (de Looper und Lafortune, 2009). Die Gewährleistung eines angemessenen Zugangs zu grundlegenden Gesundheitsleistungen auf der Basis des individuellen Bedarfs ist in allen OECD-Ländern ein wichtiges gesundheitspolitisches Ziel. Der Beobachtung des Zugangs zum Gesundheitswesen kommt daher bei der Einschätzung der Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen eine wichtige Rolle zu.

Der Zugang zum Gesundheitswesen lässt sich definieren als die Möglichkeit für den Einzelnen, angemessene Gesundheitsleistungen zu erhalten (Academy Health, 2004). Den Zugang potenziell beeinträchtigende Faktoren sind u.a.: finanzielle Engpässe (wenn sich der Betreffende die Kosten ärztlicher Versorgung nicht leisten kann), geografische Gegebenheiten (wenn in einem geografischen Gebiet nicht genügend Leistungsanbieter zur Verfügung stehen oder zu weite Entfernungen zurückgelegt werden müssten, um sie aufzusuchen), ethnisch, kulturell oder informationsbedingte Barrieren (wie z.B. Sprachprobleme) und beeinträchtigende Faktoren, was den rechtzeitigen Zugang betrifft (übermäßig lange Wartezeiten bei den Leistungsanbietern).

Die in diesem Kapitel vorgestellten Indikatoren beziehen sich nur auf die den Zugang zum Gesundheitswesen beeinträchtigenden finanziellen und geografischen Faktoren. In den meisten Fällen sind nicht über alle Länder Informationen verfügbar, und für einige Indikatoren ist aktuelleres Datenmaterial erforderlich. Es wird weiterer Anstrengungen bedürfen, um dank der Zusammenarbeit mit den Experten und Datenkorrespondenten der einzelnen Länder in künftigen Ausgaben ein vollständigeres und aktuelleres Bild vermitteln zu können. Das Kapitel enthält keine Angaben über die für die Inanspruchnahme verschiedener Leistungen erforderlichen Wartezeiten. Die OECD plant, das in der Vergangenheit veröffentlichte Datenmaterial zu den Wartezeiten bei einer Reihe elektiver chirurgischer Eingriffe (Siciliani und Hurst, 2003) zu aktualisieren und die Datenerfassung auch auf die Wartezeiten bei anderen Gesundheitsleistungen auszudehnen. Durch diese Arbeiten wird das Kapitel in künftigen Ausgaben von *Gesundheit auf einen Blick* voraussichtlich eine inhaltliche Bereicherung erfahren.

Im Hinblick auf die den Zugang zum Gesundheitswesen beeinträchtigenden finanziellen Faktoren liegt das Schwergewicht der vorgestellten Indikatoren auf den Disparitäten nach Einkommensgruppen. Bei einigen Indikatoren ist vergleichbares Datenmaterial jedoch nur begrenzt verfügbar. So war es z.B. nur bei einer Minderheit der Länder möglich, Datenmaterial über den Anteil der Selbstzahlungen für Gesundheitsleistungen nach Einkommensgruppen (Indikator 6.3) zusammenzutragen.

In diesem Kapitel wird der Zugang zu ärztlichen wie auch zu zahnärztlichen Leistungen betrachtet. Zunächst erfolgt eine Analyse des verfügbaren Datenmaterials über den ungedeckten Bedarf an ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen auf der Basis von Eigenangaben (Indikator 6.1), der als allgemeine Messgröße für Zugangsprobleme dient. Es handelt sich dabei insofern um eine subjektive Messgröße, als sie die Ansichten des Einzelnen über seinen Bedarf und den Grad widerspiegelt, in dem dieser Bedarf gedeckt wird. Die individuellen Antworten auf die Erhebungsfragen über ungedeckten Gesundheitsversorgungsbedarf werden u.U. durch jüngste Änderungen im Bereich der Gesundheitspolitik und kulturelle Faktoren beeinflusst. Daher ist es wichtig, die Umfrageergebnisse bezüglich des ungedeckten Versorgungsbedarfs im Zusammenhang mit anderen Zugangsindikatoren zu betrachten, z.B. mit dem Grad des Versicherungsschutzes durch einen öffentlichen oder privaten Träger (Indikator 6.2) und der Belastung durch Selbstzahlungen (Indikator 6.3), um sich für die Einschätzung des Zugangs zum Gesundheitswesen in den einzelnen Ländern ein vollständigeres Bild zu machen.

Die geografische Komponente des Zugangs zum Gesundheitswesen wird durch die „Arztdichte“ in den einzelnen Regionen jedes Landes (Indikator 6.4) gemessen. Ein häufiges Problem ist in vielen OECD-Ländern die Tatsache, dass sich die ärztliche Versorgung tendenziell auf die Stadtzentren konzentriert, was zu Zugangsproblemen für die Bevölkerung in ländlichen und entlegenen Gebieten führt. Es war jedoch nur für wenige Länder möglich, spezifische Daten über die Zahl der jeweils in städtischen und ländlichen Gebieten praktizierenden Ärzte zusammenzutragen, und selbst innerhalb dieser Gruppe von Ländern gibt es Unterschiede in der Art und Weise, wie städtische und ländliche Gebiete definiert sind.

Ein Ansatz, Disparitäten beim Zugang zum Gesundheitswesen zu messen, besteht darin, die Disparitäten bei der tatsächlichen Leistungsinanspruchnahme zwischen einzelnen Bevölkerungsgruppen zu messen und dabei möglicherweise vorhandene Unterschiede des Bedarfs zu berücksichtigen. Die drei letzten Indikatoren in diesem Kapitel beziehen sich auf die Inanspruchnahme ärztlicher und zahnärztlicher Leistungen und empfohlener Krebsfrüherkennungsmaßnahmen nach dem sozioökonomischen Status (hauptsächlich nach Einkommensgruppen). Den Indikatoren liegen im Rahmen einer früheren OECD-Studie veröffentlichte Daten (van Doorslaer *et al.*, 2004) sowie Daten der WHO zu Grunde (WHO, 2008b). Ein Großteil der Informationen über die Inanspruchnahmeraten stammt zwar aus bereits vor einiger Zeit veröffentlichten Studien, doch werden die darin gewonnenen Erkenntnisse durch Bemühungen, aktuellere Daten über bestimmte Länder zusammenzutragen, in der Regel bestätigt.

Ganz allgemein stammt das für die Indikatoren verwendete Datenmaterial aus den *OECD-Gesundheitsdaten* und anderen einschlägigen nationalen und ländervergleichenden Erhebungen und Datensammlungen.

6.1. Versorgungsdefizite

Die meisten OECD-Länder sind bestrebt, Menschen mit gleichem Gesundheitsversorgungsbedarf den gleichen Zugang zu den entsprechenden Leistungen zu gewähren. Eine Methode, die Gerechtigkeit beim Zugang zu Gesundheitsleistungen zu evaluieren, besteht darin, die Eigenangaben über aus bestimmten Gründen bestehende Versorgungsdefizite zu überprüfen. Die von Patienten genannten Probleme in Bezug auf die Möglichkeit, bei Krankheit oder Verletzung medizinische Leistungen zu erhalten, sind häufig durch Faktoren bedingt, die den Zugang zu Gesundheitsleistungen erheblich beeinträchtigen.

Einige der häufig genannten Gründe für Versorgungsdefizite sind zu hohe Behandlungskosten, mit der Inanspruchnahme verbundene lange Wartezeiten, fehlende Zeit auf Grund von Verpflichtungen wie Beruf oder Kindererziehung o.ä. oder zu weite Entfernungen, um sich behandeln lassen zu können. Der unterschiedliche Grad der laut Eigenangaben bestehenden Versorgungsdefizite in den einzelnen Ländern könnte auf abweichende Fragestellungen zurückzuführen sein, soziokulturelle Gründe haben oder sich auch aus den Reaktionen auf die aktuelle Gesundheitsversorgungsdebatte in den einzelnen Ländern erklären lassen. Diese Faktoren dürften jedoch eine geringere Rolle spielen, wenn es darum geht, die Unterschiede zu erklären, die im Hinblick auf Versorgungsdefizite zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen *innerhalb* der Länder bestehen. Wichtig ist es auch, die Indikatoren für die nach Eigenangaben bestehenden Versorgungsdefizite in Verbindung mit anderen Indikatoren für potenzielle Zugangshindernisse zu betrachten, wie z.B. den Umfang des Krankenversicherungsschutzes und die Höhe von Selbstzahlungen (Indikatoren 6.2 und 6.3).

In den meisten OECD-Ländern gibt die überwiegende Mehrheit der Befragten an, keine Versorgungsdefizite zu haben. Im Rahmen einer 2007 durchgeführten europäischen Erhebung erklärte jedoch in einigen Ländern ein erheblicher Teil der Befragten, im vergangenen Jahr einen ungedeckten Bedarf an ärztlichen Leistungen gehabt zu haben. Im Allgemeinen hatten Eigenangaben zufolge mehr Frauen als Männer nicht die benötigten Leistungen erhalten, desgleichen Personen der unteren Einkommensgruppen.

Drei mögliche Gründe, die zu Zugangsproblemen führen könnten, sind in Abbildung 6.1.1 wiedergegeben. In fast allen Ländern sind die Behandlungskosten der häufigste Grund von Versorgungsdefiziten. Dies gilt insbesondere für Portugal, Polen, Italien und Griechenland, wobei Personen des untersten Einkommensquintils am meisten hiervon betroffen waren. Die Wartezeiten waren für die Befragten in Italien, Polen, Schweden und dem Vereinigten Königreich ein Problem, von dem sowohl die höheren als auch die unteren Einkommensgruppen betroffen waren. Die Entfernungen stellten nach Eigenangaben kein größeres Problem dar, mit Ausnahme Norwegens, wo ein Drittel der Befragten mit Versorgungsdefiziten als Grund hierfür die für die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen zurückzulegenden weiten Entfernungen nannte.

Der Anteil der Befragten, die Versorgungsdefizite bei zahnärztlichen Leistungen angeben, liegt höher als bei ärztlichen Leistungen. Polen (7,5%), Italien (6,7%) und Island (6,5%) hatten 2007 die höchsten Anteile zu verzeichnen (Abbildung 6.1.2). In Island, Griechenland, Portugal und Dänemark zeigten sich im Hinblick auf Versorgungsdefizite bei zahnärztlichen Leistungen erhebliche Disparitäten zwischen den höheren und unteren Einkommensgruppen, desgleichen in Belgien, wobei dort aber das Durchschnittsniveau der Versorgungsdefizite bei zahnärztlichen Leistungen niedrig war.

Unter Zugrundelegung der Ergebnisse einer weiteren Studie über mehrere Länder sind auch in den nichteuropäischen Ländern Disparitäten in Bezug auf die nach Eigenangaben vorhandenen Versorgungsdefizite bei ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen zu erkennen (Abbildungen 6.1.3 und 6.1.4). Wiederum ist der kostenbedingte Verzicht auf Leistungen in den unteren Einkommensgruppen bei einer Reihe von Behandlungen häufiger. Das Ausmaß dieser Disparitäten ist je nach Land unterschiedlich, was daran deutlich wird, dass sie in den Niederlanden und im Vereinigten Königreich wesentlich geringer sind als in den Vereinigten Staaten. In den Vereinigten Staaten erklärte über die Hälfte der befragten Erwachsenen mit unterdurchschnittlichem Einkommen, 2007 in irgendeiner Form auf Grund der Kosten Versorgungsdefizite gehabt zu haben (Commonwealth Fund, 2008). Erwachsene mit unterdurchschnittlichem Einkommen, die eine Krankenversicherung haben, geben wesentlich weniger häufig an, kostenbedingte Zugangsprobleme zu haben, als einkommensmäßig gleichgestellte Befragte ohne Krankenversicherungsschutz (Blendon *et al.*, 2002).

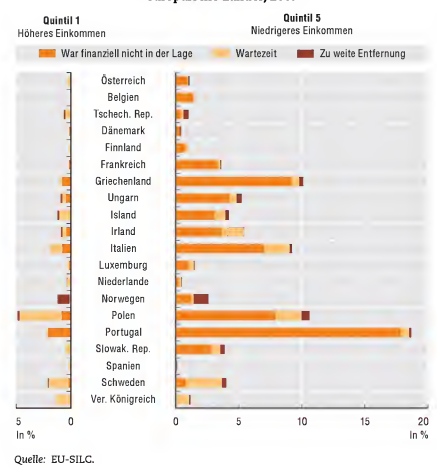
Definition und Abweichungen

Fragen über Versorgungsdefizite sind Teil einer Reihe nationaler und ländervergleichender Gesundheitsumfragen, u.a. der Statistik der Europäischen Union über Einkommen und Lebensbedingungen (EU-SILC) und der vom Commonwealth Fund durchgeführten International Health Policy Surveys. Keine Erhebung oder Studie über Versorgungsdefizite wurde in allen OECD-Ländern durchgeführt.

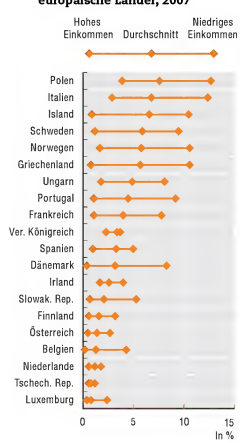
Zur Ermittlung der Versorgungsdefizite werden den Befragten in der Regel Fragen gestellt, die dazu dienen herauszufinden, ob es für den Betreffenden in den letzten zwölf Monaten einen Zeitpunkt gab, an dem er das Gefühl hatte, Gesundheitsleistungen zu benötigen, diese aber nicht erhalten hat; im Anschluss daran wird dann die Frage gestellt, warum der Versorgungsbedarf nicht gedeckt wurde. Zu den angeführten Gründen gehören in der Regel folgende Aussagen: die ärztliche Leistung sei zu teuer, die zurückzulegende Entfernung bis zu dem Ort, an dem die Leistung erbracht wird, zu weit, oder die Warteliste für die Inanspruchnahme der Leistung zu lang.

Die Informationen über Versorgungsdefizite sowie über den sozioökonomischen Status sind derselben Erhebung entnommen, doch können spezifische Fragen und Antworten ebenso wie die befragten Altersgruppen und die für die Evaluierung des sozioökonomischen Status verwendeten Messgrößen je nach Erhebung und Land variieren. Auch kulturelle Faktoren und Veränderungen der nationalen Gesundheitssysteme können Auswirkungen auf die Einstellung gegenüber Versorgungsdefiziten haben. Bei einem Ländervergleich des Ausmaßes der Disparitäten ist daher Vorsicht geboten.

6.1.1 Verzicht auf eine notwendige ärztliche Untersuchung, ausgewählte Gründe nach Einkommensquintilen, europäische Länder, 2007

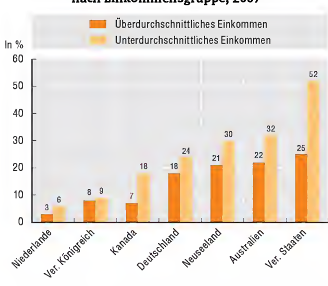


6.1.2 Verzicht auf eine notwendige zahnärztliche Untersuchung, nach Einkommensquintilen, europäische Länder, 2007



Quelle: EU-SILC.

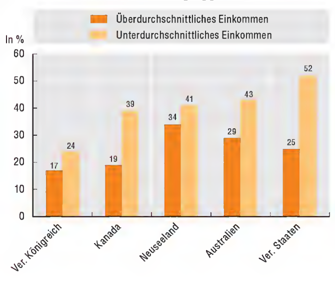
6.1.3 Verzicht auf notwendige ärztliche Leistung[1], aus Kostengründen, in sieben OECD-Ländern, nach Einkommensgruppe, 2007



1. Erhielt keine ärztliche Leistung, Verzicht auf Labortest, Behandlung oder Folgeuntersuchung, Verschreibung nicht eingelöst oder Arzneimittel nicht verabreicht.

Quelle: Commonwealth Fund (2008).

6.1.4 Verzicht auf notwendige zahnärztliche Leistung, aus Kostengründen, in fünf OECD-Ländern, nach Einkommensgruppe, 2004



Quelle: Davis et al. (2007).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/804357251033

6.2. Krankenversicherungsschutz

Der Krankenversicherungsschutz erleichtert den Zugang zu medizinischen Waren und Leistungen, denn er sorgt für finanzielle Sicherheit im Fall unerwarteter bzw. schwerwiegender gesundheitlicher Probleme und verbessert den Zugang zu Behandlungsformen und Leistungen (OECD, 2004c). Die gesamte (privat oder öffentlich) versicherte Bevölkerung ist jedoch nur ein unvollkommener Indikator des Zugangs zur Gesundheitsversorgung, weil letzterer von den Gesundheitsleistungen sowie vom Grad der u.U. vorgesehenen Selbstbeteiligung abhängig ist.

2007 bestand in den meisten OECD-Ländern ein universeller bzw. nahezu universeller Versicherungsschutz zur Deckung der Kosten eines Grundkatalogs an Gesundheitsleistungen (Abbildung 6.2.1). Generell sind zahnärztliche Leistungen und Arzneimittel teilweise versichert, doch müssen diese Leistungen in einigen Ländern separat bezahlt werden (vgl. Tabelle A.5 in Anhang A).

Drei OECD-Länder haben keinen universellen Krankenversicherungsschutz. In Mexico war 2002 nur die Hälfte der Bevölkerung über das öffentliche Krankenversicherungssystem abgesichert. Das freiwillige Krankenversicherungssystem „Seguro Popular" wurde 2004 eingeführt, um den armen Bevölkerungsteilen und Nichtversicherten Krankenversicherungsschutz zu gewähren; auf Grund seiner raschen Expansion waren 2007 über 80% der Bevölkerung krankenversichert. Die mexikanische Regierung ist bestrebt, bis 2011 das Ziel eines universellen Krankenversicherungsschutzes zu erreichen. In der Türkei konnten 2003 nur zwei Drittel der Bevölkerung einen öffentlichen Krankenversicherungsschutz in Anspruch nehmen, doch wurde durch jüngste gesetzliche Maßnahmen ein universeller Krankenversicherungsschutz eingeführt (OECD und Weltbank, 2008).

In den Vereinigten Staaten wird der Versicherungsschutz in erster Linie durch private Krankenversicherungsträger gewährt, was 2007 für 58% der Bevölkerung galt. Anspruch auf öffentlichen Krankenversicherungsschutz haben 27% der Bevölkerung (ältere Menschen, Personen mit geringem Einkommen oder Behinderte), während die übrigen 15% der Bevölkerung (45 Millionen Personen unter 65 Jahren) nicht krankenversichert waren. Von diesem Personenkreis gibt über die Hälfte die durch die Höhe der Prämien bedingten Kosten als Grund dafür an, keinen Krankenversicherungsschutz zu haben (NCHS, 2009). Der jüngste Anstieg des Anteils nicht krankenversicherter Personen wurde zum einen auf die geringere Wahrscheinlichkeit zurückgeführt, dass Arbeitgeber, vor allem kleinere Unternehmen, ihren Beschäftigten einen Krankenversicherungsschutz bieten und zum anderen auf die steigenden Versicherungsprämien (OECD, 2008c). Das Problem persistent fehlenden Versicherungsschutzes gilt als großes Hindernis für den Zugang zur Gesundheitsversorgung und ganz allgemein im Hinblick auf die Reduzierung der Ungleichheiten im Bereich der Gesundheitsversorgung zwischen den einzelnen Bevölkerungsgruppen (AHRQ, 2008a; HHS Office of Health Reform, 2009).

Ein Krankenversicherungsgrundschutz, unabhängig ob er durch einen öffentlichen oder privaten Träger gewährleistet wird, deckt im Allgemeinen einen Korb festgelegter medizinischer Leistungen, in vielen Fällen mit Selbstbeteiligungen. In einigen Ländern kann eine private Zusatzkrankenversicherung abgeschlossen werden. In sieben von 26 OECD-Ländern (Niederlande, Frankreich, Belgien, Kanada, Vereinigte Staaten, Luxemburg und Irland) ist den übermittelten Angaben zufolge 2007 über die Hälfte der Bevölkerung privat versichert (Abbildung 6.2.2). In den Niederlanden führte die Regierung 2006 ein universelles, obligatorisches Krankenversicherungssystem mit reguliertem Wettbewerb zwischen privaten Anbietern ein, womit die Unterscheidung zwischen öffentlicher und privater Krankenversicherung in der allgemeinen Krankenversicherung entfiel.

Private Krankenversicherungen bieten in Frankreich 88% der Bevölkerung einen *ergänzenden* Versicherungsschutz zur Deckung der Kosten der im französischen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Selbstbeteiligung. Die Niederlande haben den größten *Zusatzversicherungsmarkt* (92% der Bevölkerung), gefolgt von Kanada (67%), wobei die private Krankenversicherung die Kosten der von den öffentlichen Kassen nicht erstatteten verschreibungspflichtigen Arzneimittel und zahnärztlichen Leistungen übernimmt. Etwa ein Drittel der Bevölkerung Österreichs und der Schweiz hat ebenfalls eine Zusatzkrankenversicherung. *Zweitsysteme*, die in Ländern mit Wartezeiten im öffentlichen System einen schnelleren Zugang zu medizinischen Leistungen im privaten Sektor ermöglichen, spielen in Irland (51%), Australien (44%) und Neuseeland (33%) die größte Rolle. Es besteht eine positive Korrelation zwischen dem Anteil der Bevölkerung, der privat versichert ist, und dem Anteil der Gesamtgesundheitsausgaben, der von privaten Krankenversicherungen getragen wird (Abbildung 6.2.3).

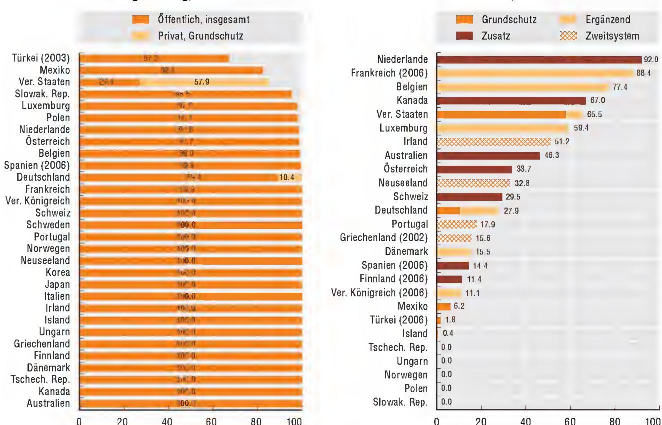
Die Bedeutung der privaten Krankenversicherung hängt nicht mit dem wirtschaftlichen Entwicklungsstand der Länder zusammen. Andere Erklärungsfaktoren der Marktentwicklung sind hier wahrscheinlicher, wie Unzulänglichkeiten in Bezug auf den Zugang zu öffentlich finanzierten Leistungen, die Art der Finanzierung der privaten Anbieter, staatliche Eingriffe in den privaten Versicherungsmarkt und historische Entwicklungen (OECD, 2004b).

Definition und Abweichungen

Die versicherte Bevölkerung entspricht dem Anteil der Bevölkerung, der einen festgelegten Katalog an Gesundheitswaren und -leistungen im Rahmen öffentlicher oder privater Krankenversicherungssysteme erhält. Gezählt werden dabei die Versicherten sowie ihre unterhaltsberechtigten Familienangehörigen. Als öffentlicher Versicherungsschutz gelten sowohl staatliche Programme, die im Allgemeinen aus dem allgemeinen Steueraufkommen finanziert werden, als auch Sozialversicherungsprogramme, die über Sozialabgaben finanziert werden. Der Abschluss einer privaten Krankenversicherung erfolgt häufig auf freiwilliger Basis, kann jedoch auch gesetzlich oder im Rahmen einer obligatorischen betrieblichen Vorsorge vorgeschrieben sein. Die Höhe der Versicherungsprämie ist im Allgemeinen nicht einkommensabhängig, der Abschluss einer privaten Versicherung kann jedoch vom Staat bezuschusst werden.

6.2.1 Krankenversicherungsschutz, Grundleistungskatalog, 2007

6.2.2 Privater Krankenversicherungsschutz, nach Arten, 2007

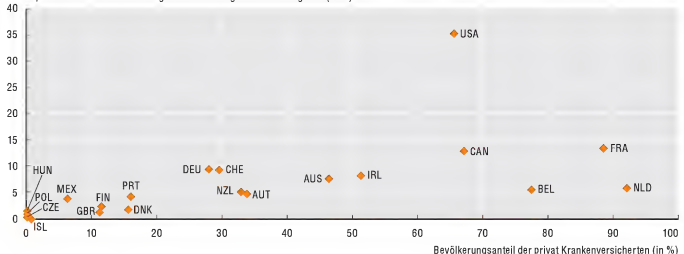


Anmerkung: Die private Krankenversicherung kann in Australien sowohl ein Zweitsystem als auch eine Zusatzversicherung sein und in Dänemark sowohl ergänzend als auch zusätzlich.

Quelle: *OECD-Gesundheitsdaten 2009, OECD Survey of Health System Characteristics 2008-2009.*

6.2.3 Private Krankenversicherung, versicherte Bevölkerung und Anteil an den Gesamtgesundheitsausgaben, 2007

Anteil der privaten Krankenversicherung an den Gesamtgesundheitsausgaben (in %)



Quelle: *OECD-Gesundheitsdaten 2009.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/804364438283

6.3. Belastung durch Selbstzahlungen für Gesundheitsleistungen

Die finanzielle Absicherung durch eine öffentliche oder private Krankenversicherung reduziert zwar den von den Betreffenden direkt für die medizinische Versorgung zu zahlenden Betrag, doch kann die in einigen Ländern durch Selbstzahlungen entstehende finanzielle Belastung den Zugang zum Gesundheitswesen und die Inanspruchnahme von Leistungen nach wie vor beeinträchtigen. Haushalte, die Schwierigkeiten haben, Arztrechnungen zu begleichen, könnten die Inanspruchnahme notwendiger Gesundheitsleistungen hinausschieben oder ganz darauf verzichten (Hoffman *et al.*, 2005; May and Cunningham, in Banthin *et al.*, 2008). Im OECD-Länderdurchschnitt werden 18% der Gesundheitsausgaben direkt von den Patienten getragen (vgl. Indikator 7.6 „Finanzierung der Gesundheitsversorgung").

Im Gegensatz zur öffentlich finanzierten Gesundheitsversorgung sind Selbstzahlungen von der Zahlungsfähigkeit abhängig. Erhöht sich der Anteil der durch Selbstzahlungen finanzierten Gesundheitsleistungen, so kommt es theoretisch zu einer Verlagerung der hieraus resultierenden Belastung auf diejenigen, die Gesundheitsleistungen stärker in Anspruch nehmen, sowie möglicherweise von Beziehern höherer Einkommen hin zu Geringverdienern, wo der Leistungsbedarf größer ist. In der Praxis gibt es zur Sicherung des Zugangs zu Gesundheitsleistungen in vielen Ländern Regelungen, die Niedrigeinkommensbezieher von Selbstzahlungen befreien oder diese nach oben begrenzen. In der Schweiz beispielsweise liegt der Anteil der Selbstzahlungen zwar hoch, doch sind Großfamilien, Sozialhilfeempfänger und andere Gruppen von der Kostenbeteiligung befreit. Für Selbstbeteiligung und Zuzahlungen existiert eine jährliche Obergrenze (OECD und WHO, 2006).

Messen lässt sich die durch Selbstzahlungen für Gesundheitsleistungen entstehende Belastung am Anteil dieser Zahlungen am Gesamteinkommen oder am Gesamtkonsum der privaten Haushalte. Der durchschnittliche Anteil war 2007 in den OECD-Ländern sehr unterschiedlich und betrug in Ländern wie den Niederlanden und Frankreich weniger als 2% des Gesamtkonsums der privaten Haushalte, aber nahezu 6% in der Schweiz und Griechenland (Abbildung 6.3.1). In den Vereinigten Staaten liegt der Anteil der Selbstzahlungen für Gesundheitsleistungen mit fast 3% des Gesamtkonsums der privaten Haushalte nahe am Durchschnitt. 2007 hatten dort 30% der Erwachsenen im Vorjahr über 1 000 US-$ für Selbstzahlungen ausgegeben, wohingegen im Vereinigten Königreich nur 4% der Erwachsenen einen ähnlich hohen Betrag zahlten (Abbildung 6.3.2). Auf Grund der in einigen Ländern Mittel- und Osteuropas üblichen Praxis unter dem Tisch gezahlter zusätzlicher Beträge könnte das Niveau des Selbstzahlungsanteils dort unterschätzt sein.

Die Verteilung der Ausgaben auf die Bevölkerung kann erheblich variieren, wobei aber nur für wenige Länder Daten verfügbar sind. Wie der US Medical Expenditure Panel Survey (US-Panelerhebung über die Gesundheitsausgaben) zu entnehmen ist, gaben 2004 in den Vereinigten Staaten 28% der in einer armen Familie lebenden Personen (definitionsgemäß mit einem Familieneinkommen unterhalb der Armutsgrenze auf Bundesebene) über 10% ihres Einkommens nach Steuern für Gesundheitsleistungen und Krankenversicherungsprämien aus, gegenüber 10% der einer Familie mit hohem Einkommen angehörenden US-Bürger (Banthin *et al.*, 2008). Desgleichen gaben 1997 5% der belgischen Haushalte des niedrigsten Einkommensdezils über 10% ihres Bruttoeinkommens für Selbstzahlungen aus, gegenüber weniger als 1% der Haushalte des höchsten Dezils (De Graeve und Van Ourti, 2003). 2004 gaben in den Niederlanden die Haushalte des untersten Einkommensquartils 3,4% ihres verfügbaren Einkommens für Selbstzahlungen aus; im höchsten Quartil waren es 2% (Westert *et al.*, 2008).

Ein geringer Anteil Haushalte ist in den OECD-Ländern jedes Jahr mit dem Problem der „katastrophalen" Gesundheitsausgaben konfrontiert, u.a. infolge schwerer Krankheiten oder Verletzungen. Katastrophale Gesundheitsausgaben sind definitionsgemäß Ausgaben für Gesundheitsleistungen, die 40% des verfügbaren Haushaltseinkommens (nach Befriedigung der Grundbedürfnisse) übersteigen (Xu *et al.*, 2007). In Ländern, wo der Selbstzahlungsanteil der Gesundheitsausgaben höher ist, liegt tendenziell auch der Anteil der Haushalte mit katastrophalen Ausgaben höher (Abbildung 6.3.3). In Portugal, Spanien, der Schweiz und den Vereinigten Staaten haben mehr als fünf Personen je 1 000 Einwohner katastrophale Gesundheitsausgaben zu tragen (Xu *et al.*, 2007). In Mexiko führte das hohe Niveau der Selbstzahlungen dazu, dass 2003 3,4% der Haushalte katastrophale Gesundheitsausgaben hatten; dieser Anteil erhöhte sich im untersten Einkommensquintil auf 4,7% und bei Personen ohne Versicherungsschutz auf 5,1% (OECD, 2005c). In einigen Ländern könnten die dort für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zu zahlenden Patientengebühren dazu führen, dass Niedrigeinkommenshaushalte ganz und gar auf sie verzichten und somit nicht genügend Leistungen in Anspruch nehmen, um katastrophale Ausgaben aufzuweisen.

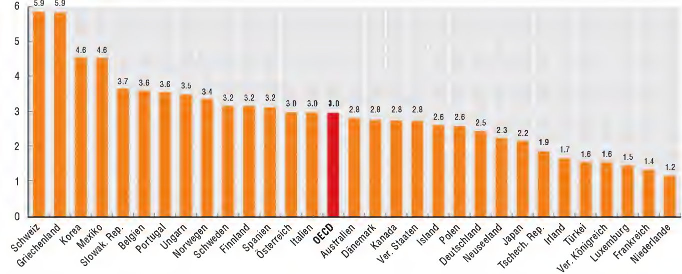
Definition und Abweichungen

Selbstzahlungen sind Ausgaben, die vom Patienten direkt getragen werden, wenn die Versicherung die Ausgaben für Gesundheitsprodukte oder -leistungen nicht vollständig deckt. Zu den Selbstzahlungen gehören Kostenbeteiligungen, Ausgaben für freiverkäufliche Medikamente und andere Direktzahlungen der privaten Haushalte. In einigen Ländern sind in diesem Posten auch die geschätzten informellen Zahlungen an Anbieter von Gesundheitsleistungen enthalten. Die Selbstzahlungen sind für einige Haushalte besonders hoch. Katastrophale Gesundheitsausgaben sind definitionsgemäß Zahlungen für Gesundheitsleistungen, die 40% des verfügbaren Haushaltseinkommens (nach Befriedigung der Grundbedürfnisse) übersteigen.

Daten über Selbstzahlungen werden in mehreren OECD-Ländern durch Erhebungen über die Ausgaben der privaten Haushalte erfasst.

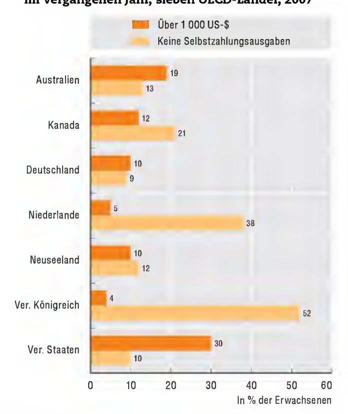
6.3.1 Anteil der Selbstzahlungen am Endverbrauch der privaten Haushalte, 2007 (oder nächstgelegenes Jahr)





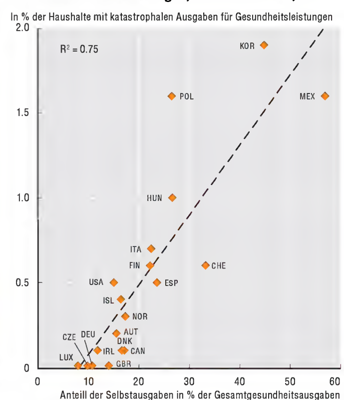
Quelle: *OECD-Gesundheitsdaten 2009.*

6.3.2 Selbstzahlungen für Gesundheitsleistungen im vergangenen Jahr, sieben OECD-Länder, 2007



Quelle: 2007 Commonwealth Fund International Health Policy Survey.

6.3.3 Katastrophale Ausgaben und Selbstzahlungen für Gesundheitsleistungen, Ende der 1990er Jahre



Quelle: Xu et al. (2007); *OECD-Gesundheitsdaten* 2009.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/804431516367

6.4. Geografische Verteilung von Ärzten

Die Voraussetzung für den Zugang zu medizinischen Leistungen in einem Land ist eine angemessene Zahl von Ärzten und ihre bedarfsgerechte Verteilung. Besteht in einem geografischen Raum Ärztemangel, so kann dies längere Anfahrten für die Patienten und höhere Patientenzahlen für den einzelnen Arzt zur Folge haben, wodurch sich die Wartezeiten bis zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen erhöhen könnten. Die Messung der Disparitäten bezüglich der „Arztdichte" in den einzelnen Regionen eines Landes gibt gewisse Aufschlüsse über die Zugangsmöglichkeiten zu ärztlichen Leistungen. Regionen können jedoch eine Kombination aus städtischen und ländlichen Bevölkerungsteilen aufweisen, so dass dort trotz einer vielleicht hohen Arztdichte die in sehr entlegenen Gebieten lebenden Bevölkerungsteile u.U. dennoch für die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen weite Entfernungen zurücklegen müssen. Das Leistungsangebot der Ärzte sollte zudem bedarfsgerecht sein, ganz gleich ob es sich um allgemeinmedizinische oder fachärztliche Leistungen handelt.

Die Zahl der praktizierenden Ärzte je 1 000 Einwohner variiert in den OECD-Ländern ganz erheblich, von weniger als zwei Ärzten in der Türkei, Korea und Mexiko am unteren Ende bis zu einem Spitzenniveau von vier Ärzten oder mehr in Belgien und Griechenland (vgl. Abbildung 3.2.1 Indikator 3.2 „Praktizierende Ärzte").

In vielen Ländern liegt die Ärztezahl je Einwohner in der Hauptstadt höher als in anderen Regionen (Abbildung 6.4.1). In der Tschechischen Republik beispielsweise ist die Arztdichte in Prag fast doppelt so hoch wie im Landesdurchschnitt. In Japan und Polen ist die regionale Verteilung der Ärzte ziemlich gleichmäßig (OECD, 2009e). Disparitäten existieren auch bei der Facharztdichte, wobei in mehreren Ländern, darunter Mexiko, die Slowakische Republik und die Türkei, eine stärkere Konzentration in den Hauptstädten deutlich ist (Abbildung 6.4.2).

Regionen mit hohem städtischen Bevölkerungsanteil haben auf Grund der Konzentration des Angebots an chirurgischen und fachärztlichen Leistungen auf die großstädtischen Zentren eine größere Arztdichte (Abbildung 6.4.3). In Kanada befanden sich 2006 nur knapp 16% der „Familienärzte" (hauptsächlich Allgemeinmediziner) und nur 2% der Fachärzte in ländlichen Gebieten und Kleinstädten, wohingegen in diesen Gebieten 24% der Bevölkerung ansässig waren (Dumont *et al.*, 2008). In den Vereinigten Staaten lebten 2004 17% der Bevölkerung außerhalb großstädtischer Gebiete, wo für Patientenbehandlung indessen nur 9% der praktizierenden Ärzte zur Verfügung stehen. Außerhalb der Großstädte gibt es in der Regel auch weniger Fachärzte – in fast 50% der ländlichen Gebiete in den Vereinigten Staaten waren 2004 keine Geburtshelfer und Gynäkologen verfügbar, die direkte Patientenleistungen erbringen (NCHS, 2007). Ähnlich ist die Situation in Frankreich, wo 2007 in Städten mit bis zu 10 000 Einwohnern, in denen 36% der Bevölkerung ansässig sind, nur 22% der praktischen Ärzte und 4% der Fachärzte tätig waren (DREES, 2008).

In Australien sind Anbieter von Leistungen der medizinischen Grundversorgung (meist Allgemeinmediziner) relativ gleichmäßig verteilt, von einem geschätzten Vollzeitäquivalent von 100 Ärzten je 100 000 Einwohnern in Großstädten (2005) bis zu 88 innerregional, 84 außerregional und 92 in entlegenen/sehr entlegenen Gebieten (nach der Australian Standard Geographical Classification). Die Zahl der Fachärzte betrug dagegen 122 in Großstädten, 56 innerregional, 38 außerregional und nur 16 in entlegenen/sehr entlegenen Gebieten (AIHW, 2008c).

Eine Reihe von Faktoren dürfte auf die geografische Verteilung von Ärzten Einfluss haben. Hierzu gehören die Einwohnerzahl und die wirtschaftliche Entwicklung einer Region, das Berufsumfeld in den einzelnen Regionen und das Angebot an sozialen Einrichtungen in einer Region (Huber *et al.*, 2008).

Die Erfahrungen zeigen, dass eine Kombination verschiedener Maßnahmen erforderlich ist, um die durch eine schlechte geografische Verteilung bedingten Probleme auszuräumen (Simoens und Hurst, 2006). In Kanada beispielsweise stellten im Ausland ausgebildete Ärzte im Jahr 2006 in ländlichen und entlegenen Gebieten einen Anteil von durchschnittlich 30% der Ärztepopulation. Zudem wurden Anreize für die Ausbildung medizinischer Kräfte mit ländlichem Hintergrund und Erfahrung in ländlichen Gebieten konzipiert (Dumont *et al.*, 2008). In der Türkei wurden in den letzten Jahren neu ausgebildete medizinische Kräfte in großer Zahl Gebieten mit geringer Arztdichte zugewiesen, wobei die Herausforderung aber nach wie vor darin besteht, Personal in die Gebiete zu vermitteln, wo der Bedarf am größten ist (OECD und Weltbank, 2008).

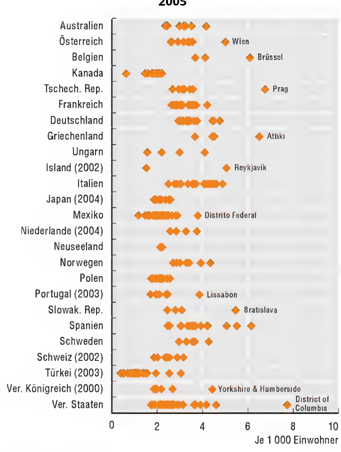
Definition und Abweichungen

Als praktizierende Ärzte gelten Allgemeinärzte und Fachärzte, die ihren Beruf aktiv ausüben. Wegen näherer Einzelheiten vgl. Indikator 3.2 „Praktizierende Ärzte".

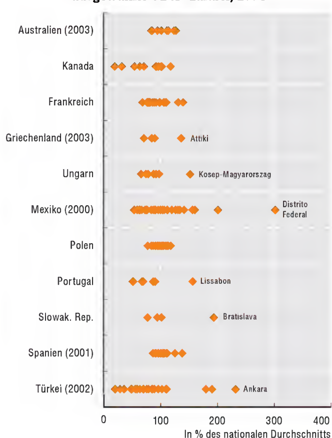
Da die Länder eine ganze Reihe unterschiedlicher geografischer Klassifizierungen verwenden, hat die OECD in jedem der Mitgliedsländer eine Klassifizierung der Regionen auf der Basis von zwei territorialen Ebenen vorgenommen. Die obere Ebene (Territorial Level 2) besteht aus 335 Makroregionen in den 30 Mitgliedsländern. In den meisten Fällen entsprechen diese den regionalen Verwaltungseinheiten auf nationaler Ebene.

Um ein vollständigeres Bild der geografischen Verteilung der Ärzte zu erhalten, empfiehlt sich u.U. eine weitere Analyse auf subregionaler Ebene. Einige Länder haben Pläne entwickelt, um eine Klassifizierung der Bevölkerung anhand der Kategorien städtische/ländliche Gebiete vorzunehmen, was einen Ländervergleich jedoch insofern schwierig macht, als es sich nicht um Standardkategorien handelt.

6.4.1 Arztdichte, Makroregionen, 2005

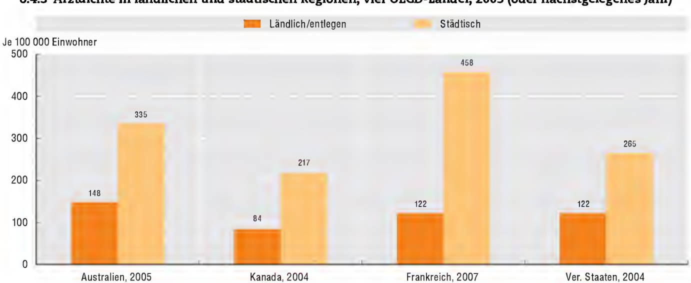


6.4.2 Facharztdichte, Makroregionen, ausgewählte OECD-Länder, 2004



Quelle: OECD *Regions at a Glance* 2009.

6.4.3 Arztdichte in ländlichen und städtischen Regionen, vier OECD-Länder, 2005 (oder nächstgelegenes Jahr)



Anmerkung: Die Klassifizierungen der ländlichen und städtischen Regionen sind in den Ländern unterschiedlich.
Quelle: AIHW (2008c); CIHI (2005); DREES (2008); NCHS (2007).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/804467374004

6.5. Ungleichheiten in Bezug auf Arztkonsultationen

Die Messung der Raten der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wie z.B. Arztkonsultationen ist eine Möglichkeit, um zu ermitteln, ob es für bestimmte Bevölkerungsgruppen Zugangsprobleme gibt. Schwierigkeiten, einen Arzt zu konsultieren, die auf zu hohe Kosten, lange Wartezeiten oder zu große Entfernungen, Wissensdefizite oder fehlende Anreize zurückzuführen sind, können zu einer geringeren Inanspruchnahme und somit zu einem schlechteren Gesundheitszustand und größerer Ungleichheit in gesundheitlicher Hinsicht führen.

Die durchschnittliche Zahl der Arztkonsultationen je Einwohner variiert in den OECD-Ländern sehr stark (vgl. Indikator 4.1 „Arztkonsultationen“). Bedeutende Unterschiede bestehen aber auch zwischen den Bevölkerungsgruppen innerhalb der Länder. Eine häufig zur Untersuchung dieser Unterschiede herangezogene Dimension ist der sozioökonomische Status, der durch Einkommen, Bildung oder Beruf bestimmt wird.

Im Rahmen einer von van Doorslaer *et al.* (2004) durchgeführten Studie untersuchten die Autoren die um das Jahr 2000 in Bezug auf die Häufigkeit von Arztkonsultationen bestehenden einkommensbedingten Ungleichheiten in mehreren OECD-Ländern. Nach einer Bereinigung der Zahlen um Unterschiede im Gesundheitsversorgungsbedarf (um der Tatsache Rechnung zu tragen, dass Gesundheitsprobleme von Personen der unteren sozioökonomischen Gruppen häufiger und schwerwiegender sind) zeigte sich in 9 von 21 Ländern – Kanada, Finnland, Italien, Mexiko, die Niederlande, Norwegen, Portugal, Schweden und die Vereinigten Staaten –, dass Arztkonsultationen unter Personen mit höherem Einkommen häufiger sind, wobei aber der Grad der sozialen Unausgewogenheit relativ gering war. In den 12 übrigen OECD-Ländern konsultierten Personen mit hohem Einkommen – bei identischem Bedarf – mit derselben Wahrscheinlichkeit einen Arzt wie Personen mit geringem Einkommen. Eine ähnliche Studie in Korea auf der Basis von Daten von 1998 (Lu *et al.*, 2007) ergab in Bezug auf die Frage der Häufigkeit der Arztkonsultationen in Abhängigkeit vom Einkommen eine sozial ausgewogene Situation.

Bei der überwiegenden Mehrheit der im Rahmen der Studie untersuchten Länder lagen Daten über Konsultationen von Allgemeinärzten und Fachärzten vor. Die Allgemeinarztkonsultationen waren in den meisten Ländern sozial ausgewogen verteilt, und wenn signifikante Unterschiede existierten, so fielen sie oft negativ, d.h. zu Gunsten von Personen mit niedrigem Einkommen aus (Abbildung 6.5.1). Ein anderes Bild ergab sich dagegen bei Facharztkonsultationen: In fast allen Ländern wiesen Personen mit hohem Einkommen eine höhere Wahrscheinlichkeit auf, einen Facharzt zu konsultieren als Niedrigeinkommensbezieher (Abbildung 6.5.2), und in den meisten Ländern galt dies auch in Bezug auf die Konsultationshäufigkeit (van Doorslaer *et al.*, 2004; 2008). In Europa war dies vor allem in Portugal, Finnland, Irland und Italien der Fall, d.h. in den vier Ländern, wo die Privatkrankenversicherung und private Direktzahlungen beim Zugang zu fachärztlichen Leistungen eine bedeutende Rolle spielen. In Finnland liegen die Gründe für diese sozioökonomischen Unterschiede bei Facharztkonsultationen u.a. im hohen Anteil der Patientenzuzahlungen, im ärztlichen Leistungsangebot am Arbeitsplatz, das den Zugang zu fachärztlichen Konsultationen erleichtert und sich verteilungsmäßig zu Gunsten höherer Einkommen auswirkt, und im großen Sektor der privaten ambulanten Gesundheitsversorgung (NOMESCO, 2004; OECD, 2005b).

Ebenso führte eine in 13 europäischen Ländern durchgeführte Studie zu dem Ergebnis, dass bei gleichem Versorgungsbedarf Personen mit höherem Bildungsabschluss in der Regel mehr fachärztliche Leistungen in Anspruch nehmen und dass dasselbe in mehreren Ländern auch für die Inanspruchnahme allgemeinärztlicher Leistungen gilt (u.a. in Frankreich, Portugal und Ungarn) (Or *et al.*, 2008). Der Studie zufolge sind über die direkten Gesundheitsversorgungskosten hinaus für einen Abbau sozialer Unausgewogenheiten bei der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen auch noch andere Merkmale des Gesundheitssystems von Bedeutung, so z.B. die der Allgemeinmedizin zugewiesene Rolle und die Organisation der medizinischen Grundversorgung. Es wurde festgestellt, dass soziale Unausgewogenheiten bei der Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen in Ländern mit staatlichem Gesundheitssystem und dort, wo die Allgemeinärzte eine Filterfunktion ausüben, geringer sind. Länder mit gut etablierten Grundversorgungsnetzen messen der Befriedigung der Grundbedürfnisse mittelloser Bevölkerungsteile u.U. eine größere Bedeutung bei, und die Filterfunktion verschafft Personen mit niedrigerem sozioökonomischem Status oft leichteren Zugang und eine bessere Orientierung (Or *et al.*, 2008).

Eine Studie jüngeren Datums aus Kanada bestätigte, dass die Raten allgemeinärztlicher und fachärztlicher Konsultationen 2003 bei Personen mit höherem Einkommen unausgewogen höher waren (Allin, 2006). In den Niederlanden wurden dagegen 2005 zwischen Personen mit höherem und niedrigerem Bildungsniveau keine wesentlichen Unterschiede bei der Inanspruchnahme allgemeinärztlicher und fachärztlicher Leistungen festgestellt (Westert *et al.*, 2008).

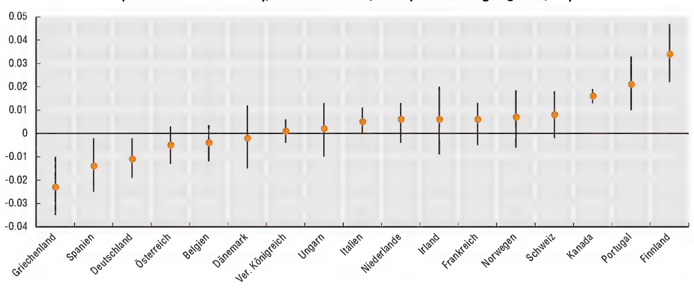
Definition und Abweichungen

Der Begriff Arztkonsultationen bezieht sich auf die Zahl der ambulanten Kontakte mit Ärzten (Allgemeinärzten wie Fachärzten). Wegen näherer Einzelheiten vgl. Indikator 4.1 „Arztkonsultationen“.

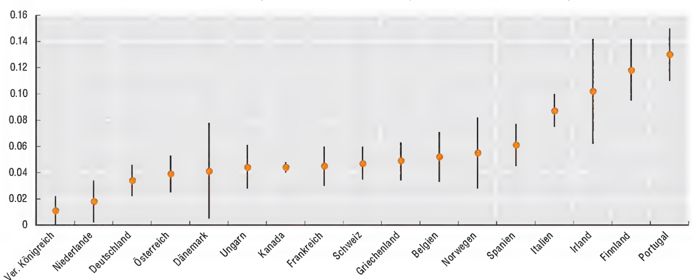
Die Schätzungen in den Studien von van Doorslaer *et al.* (2004) und Or *et al.* (2008) basieren auf Gesundheitsumfragen oder Haushaltserhebungen, die um das Jahr 2000 durchgeführt wurden, und stützen sich auf Eigenangaben. Ungleichheiten bei Arztkonsultationen werden in Abhängigkeit vom Einkommen und Bildungsniveau der Befragten evaluiert. Die Zahl der Arztkonsultationen wird auf der Basis von Eigenangaben über den Gesundheitszustand um den Versorgungsbedarf bereinigt.

Unterschiedliche Fragestellungen und Antwortkategorien können die Durchführbarkeit valider Ländervergleiche beeinträchtigen. Die befragten Gruppen können sich altersmäßig unterscheiden, und auch die Messgrößen zur Beurteilung von Einkommens- und Bildungsniveaus können voneinander abweichen. Bei der Interpretation der Ungleichheiten bezüglich der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in den einzelnen Ländern ist daher Vorsicht geboten.

6.5.1 Horizontale Ungerechtigkeitsindizes zur Wahrscheinlichkeit von Allgemeinarztkonsultationen (Konfidenzintervall 95%), 17 OECD-Länder, 2000 (oder nächstgelegenes Jahr)



6.5.2 Horizontale Ungerechtigkeitsindizes zur Wahrscheinlichkeit von Facharztkonsultationen (Konfidenzintervall 95%), 17 OECD-Länder, 2000 (oder nächstgelegenes Jahr)



Anmerkung: Die Wahrscheinlichkeit einer Allgemein- oder Facharztkonsultation ist ungerecht verteilt, wenn der horizontale Gerechtigkeitsindex signifikant von null abweicht. Die unteren Einkommensgruppen haben einen Vorteil, wenn er unter null liegt, die hohen Einkommensgruppen, wenn er über null liegt. Der Index wird um den Versorgungsbedarf bereinigt.

Quelle: Van Doorslaer *et al.* (2004).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/804532806816

6.6. Ungleichheiten in Bezug auf Zahnarztkonsultationen

Zahnkaries, Parodontose (Zahnfleischschwund) und Zahnverlust sind in den OECD-Ländern ein weitverbreitetes Problem, von dem in unterschiedlichem Maße nahezu alle Erwachsenen und 60-90% der Schulkinder betroffen sind (vgl. Indikator 3.10 „Zahngesundheit bei Kindern"). Trotz erheblicher Verbesserungen treten in diesem Bereich nach wie vor Schwierigkeiten auf, vor allem in sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen und unter Geringverdienern. In den Vereinigten Staaten litten 2001-04 z.B. nahezu 50% der Niedrigeinkommensbezieher im Alter von 20-64 Jahren unter nicht behandelter Karies, gegenüber nur 20% der Bezieher hoher Einkommen (NCHS, 2009). In Finnland wurde festgestellt, dass einem Viertel der Erwachsenen mit geringerem Bildungsniveau mindestens sechs Zähne fehlten, wohingegen der Anteil der Personen mit höherem Bildungsabschluss, denen dieselbe Anzahl Zähne fehlte, weniger als 10% betrug (Kaikkonen, 2007).

Strategien zur Verbesserung des Zugangs sozial benachteiligter und unzureichend versorgter Bevölkerungskreise zu zahnärztlichen Leistungen sind u.a. die Reduzierung finanzieller und nichtfinanzieller Hindernisse und die Förderung eines ausreichenden Angebots an zahnärztlichen Kräften in allen Regionen.

In den meisten OECD-Ländern wird von den Gesundheitsbehörden ein Zahnarztbesuch pro Jahr empfohlen. Die durchschnittliche Zahl der Zahnarztkonsultationen je Einwohner variierte 2007 erheblich: Das Spektrum reichte von über drei in Japan und über zwei in Belgien bis 0,2 in der Türkei (2002) und 0,1 in Mexiko, wobei der OECD-Durchschnitt bei 1,3 lag (Abbildung 6.6.1). Ein Teil dieser Varianz lässt sich durch das unterschiedliche Angebot an Zahnärzten erklären. Im Allgemeinen steigt die Zahl der Konsultationen je Einwohner mit der Zahl der Zahnärzte (vgl. Indikator 3.11 „Zahnärzte").

Van Doorslaer *et al.* (2004) stellten für alle Länder, für die Daten verfügbar waren, trotz Unterschieden im öffentlichen und privaten Krankenversicherungsschutz und zu der Höhe der Kostenerstattung fest, dass Personen mit hohem Einkommen in den letzten 12 Monaten vor der Befragung mit größerer Wahrscheinlichkeit einen Zahnarzt aufgesucht hatten (Abbildung 6.6.2). Zwischen den einzelnen Ländern gab es jedoch erhebliche Unterschiede. Zum Zeitpunkt der Studie waren die Ungleichheiten in solchen Ländern geringer, in denen die Häufigkeit von Zahnarztkonsultationen insgesamt höher war, wie z.B. in Schweden und den Niederlanden, wohingegen sie in Portugal, den Vereinigten Staaten, Finnland und Kanada größer waren.

Am höchsten war die Verteilungsgerechtigkeit in Bezug auf Zahnarztbesuche in Schweden. Die zahnärztliche Versorgung wird dort weitgehend über ein staatliches Versicherungssystem finanziert. Für Kinder und Jugendliche bis zum Alter von 19 Jahren sind zahnärztliche Leistungen kostenlos, und für ältere Menschen werden die Kosten einer Reihe von Leistungen, wie z.B. Zahnersatzbehandlungen, vollständig vom Staat getragen. Im Juli 2008 wurden Reformen vorgenommen, mit denen die Leistungspalette erweitert wurde, indem für Personen ab 20 Jahre Gutscheine eingeführt wurden und ein System zur Absicherung besonders hoher Kosten eingerichtet wurde. 2006 entfielen in Schweden 3,4% der öffentlichen Gesundheitsausgaben auf zahnärztliche Leistungen, was weit mehr ist als der OECD-Durchschnitt (2,5%).

In den Vereinigten Staaten bestätigen aktuellere Daten die großen Unterschiede zwischen den Einkommensgruppen im Hinblick auf die Wahrscheinlichkeit eines einmal jährlichen Zahnarztbesuchs. Weniger als die Hälfte der armen und nahe der Armutsgrenze lebenden Personen suchte 2006 einen Zahnarzt auf, gegenüber 70% der Personen mit mittlerem oder höherem Einkommen. Dieser Abstand hat sich in den letzten zehn Jahren kaum verändert (Abbildung 6.6.3). Wie in vielen anderen Ländern ist in den Vereinigten Staaten der Zugang zu zahnärztlichen Leistungen in finanzieller Hinsicht in der Regel schwieriger als zu ärztlichen Leistungen, weil der Anteil der Personen, die eine Versicherung für zahnärztliche Leistungen haben, geringer ist. 2001 verfügten in den Vereinigten Staaten nur 61% der Erwachsenen über eine Versicherung dieser Art, gegenüber einem Anteil von 86%, was den Versicherungsschutz für ärztliche Leistungen betrifft. 2003 wurde durchschnittlich die Hälfte der Kosten zahnärztlicher Behandlungen von den Patienten selbst getragen (NCHS, 2007), und die Zahl der Erwachsenen, die laut eigenen Angaben auf notwendige Leistungen aus Kostengründen verzichtet haben, war bei zahnärztlichen Leistungen höher als bei ärztlichen Leistungen (vgl. Indikator 6.1 „Versorgungsdefizite").

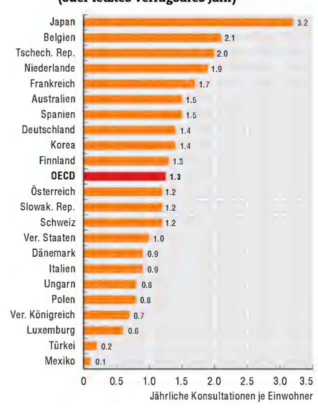
Leistungen der oralen Gesundheitsversorgung werden überwiegend von Zahnärzten erbracht. Die Behandlung ist teuer: Durchschnittlich 6% der gesamten Gesundheitsausgaben (und 16% der privaten Gesundheitsausgaben) entfielen 2006 in den OECD-Ländern auf zahnärztliche Leistungen. In Ländern wie Australien, Kanada und Neuseeland gehört die zahnärztliche Behandlung von Erwachsenen nicht zum Grundleistungspaket, das durch die öffentliche Krankenversicherung abgedeckt ist. In anderen Ländern erstreckt sich der Versicherungsschutz auf Vorbeugung und Behandlung, ein variabler Anteil der Kosten muss aber von den Patienten selbst getragen werden, was in Niedrigeinkommensgruppen zu Zugangsproblemen führen kann (Abbildung 6.6.4). In einigen Ländern, z.B. in den nordischen Ländern und im Vereinigten Königreich, werden zahnärztliche Leistungen öffentlich erbracht, insbesondere für Kinder und sozial benachteiligte Gruppen.

Definition und Abweichungen

Der Indikator der Zahnarztkonsultationen bezieht sich auf die Wahrscheinlichkeit und die Zahl der Zahnarztbesuche. Die Schätzungen basieren in der Regel auf Gesundheitsbefragungen oder Haushaltserhebungen und stützen sich auf Eigenangaben, wobei aber einige Länder Daten aus administrativen Quellen übermitteln. Ungleichheiten in Bezug auf die Zahnarztkonsultationen werden hier im Verhältnis zum Einkommen der Betreffenden untersucht.

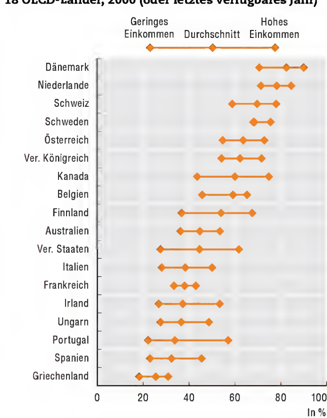
Unterschiedliche Fragestellungen und Antwortkategorien können die Durchführbarkeit valider Ländervergleiche beeinträchtigen. Die Befragten können unterschiedlichen Altersgruppen angehören, und auch die Messgrößen zur Beurteilung des Einkommensniveaus können voneinander abweichen. Bei der Interpretation von Unterschieden im Ländervergleich ist daher Vorsicht geboten.

6.6.1 Durchschnittliche Zahl der Zahnarztkonsultationen je Einwohner, 2007 (oder letztes verfügbares Jahr)



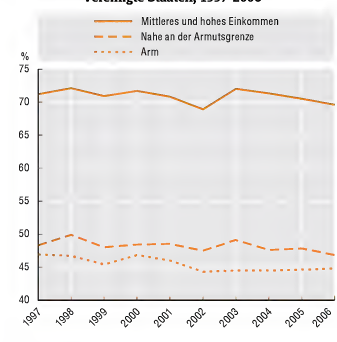
Quelle: *OECD-Gesundheitsdaten 2009.*

6.6.2 Wahrscheinlichkeit eines Zahnarztbesuchs in den letzten 12 Monaten, nach Einkommensgruppen, 18 OECD-Länder, 2000 (oder letztes verfügbares Jahr)



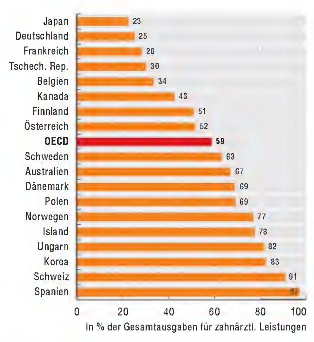
Quelle: Van Doorslaer *et al.* (2004).

6.6.3 Anteil der Erwachsenen, die im Vorjahr einen Zahnarzt besuchten, nach Einkommensgruppen, Vereinigte Staaten, 1997-2006



Quelle: NCHS (2009).

6.6.4 Selbstzahlungen für zahnärztliche Leistungen, 2006 (oder letztes verfügbares Jahr)



Quelle: *OECD-Gesundheitsdaten 2009.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/804543454284

6.7. Ungleichheiten bei der Krebsvorsorge

Krebs ist in den OECD-Ländern die zweithäufigste Todesursache und war 2006 für 27% aller Sterbefälle verantwortlich. Unter Frauen ist Brustkrebs die am häufigsten vorkommende Krebsart, auf die jedes Jahr 30% oder mehr der neuen Krebserkrankungen entfallen und der 2006 16% der Krebstodesfälle zuzuschreiben waren. Bei weiteren 5% der neuen Krebserkrankungsfälle handelt es sich um Gebärmutterhalskrebs, die Ursache von 3% der Krebstodesfälle bei Frauen (vgl. Indikator 1.5 „Mortalität durch Krebs").

Die frühzeitige Diagnose von Brustkrebs und Gebärmutterhalskrebs durch Früherkennungsprogramme hat in erheblichem Maße zu höheren Überlebensquoten und einem Rückgang der durch diese Krankheiten bedingten Todesfälle beigetragen, und viele Länder haben sich für die Schaffung eines breiten Zugangs zur Krebsvorsorge entschieden. In den meisten Ländern ließ über die Hälfte der Frauen in den Zielaltersgruppen für die Früherkennung in jüngster Zeit eine Mammografie sowie eine Unterleibsuntersuchung oder einen Pap-Abstrich durchführen (vgl. Indikator 5.7 „Screening, Überlebensrate und Mortalität bei Gebärmutterhalskrebs" und Indikator 5.8 „Screening, Überlebensrate und Mortalität bei Brustkrebs").

Die Screeningraten variieren bei den Frauen im OECD-Raum ganz erheblich zwischen den sozioökonomischen Gruppen (Abbildung 6.7.1 und 6.7.2). In den Vereinigten Staaten werden Mammografien und Pap-Abstriche von Frauen mit geringem Einkommen, Frauen ohne Krankenversicherung, über Medicaid versicherten Frauen (Krankenversicherungsschutz für sozial Schwache, Behinderte oder in Armut lebende ältere Menschen) oder Frauen mit geringem Bildungsniveau laut eigenen Angaben in viel geringerem Maße in Anspruch genommen (NCHS, 2009). Selbst in Ländern, wo diese Untersuchungen allgemein üblich sind, nehmen Frauen im untersten Wohlstandsquintil in der Regel mit geringerer Wahrscheinlichkeit an Früherkennungsuntersuchungen teil (Gakidou *et al.*, 2008; WHO, 2008b). Ausnahmen sind Länder wie Luxemburg und die Niederlande, wo die Frauen im untersten Wohlstandsquintil mit derselben Wahrscheinlichkeit Mammografien durchführen lassen wie Frauen in höheren Quintilen. Das Gleiche gilt in der Tschechischen Republik, Italien und im Vereinigten Königreich für Gebärmutterhalskrebs-Vorsorgeuntersuchungen.

Die Teilnahmeraten variieren auch nach geografischen Regionen (Abbildung 6.7.3). In einigen Regionen, wie z.B. im Northern Territory in Australien und in London im Vereinigten Königreich sind die Raten bedeutend niedriger als in anderen Landesteilen (AIHW, 2008a; NHSBSP, 2008). Die Gründe hierfür sind unterschiedlich. In entlegenen Regionen spielen die Entfernungen und die Zahl der zur Verfügung stehenden Screening-Einrichtungen eine Rolle. In sozial schwachen innerstädtischen Gebieten besteht das Problem darin, dass in Armut lebende oder ethnischen Minderheiten angehörende Frauen sich der Existenz von Früherkennungsprogrammen sowie der Krebssymptome und -risiken nicht hinreichend bewusst sind.

Eine Reihe sozioökonomischer Merkmale sind wichtige Prädiktoren für die Teilnahme an Früherkennungsprogrammen, z.B. Einkommen, ethnische Zugehörigkeit, Alter, Bildungsniveau, berufliche Situation, Wohngegend, Familienstand, Krankenversicherungsschutz, Gesundheitszustand, Vorhandensein eines medizinischen Ansprechpartners und Inanspruchnahme anderer Vorsorgeleistungen.

In Mexiko existieren schon seit einiger Zeit Programme zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs, doch bestehen dort nach wie vor Probleme, vor allem was die Zugangsmöglichkeiten benachteiligter Gruppen betrifft, so dass fast die Hälfte der Frauen ab 50 Jahre in den letzten zwei Jahren keinen Pap-Abstrich durchführen ließ (Couture *et al.*, 2008). In den meisten OECD-Ländern dürfte das Einkommen jedoch kein Hindernis für den Zugang zu Früherkennungsmammografien oder Pap-Abstrichuntersuchungen sein, weil diese Leistungen kostenlos oder zum Preis eines Arztbesuchs angeboten werden.

Da es in den OECD-Ländern ein breites Spektrum von Vorgehensweisen in der Krebsvorsorge sowie von Zugangshindernissen gibt, wird sich keine universelle Strategie finden lassen, die es ermöglicht, allen Anforderungen im Hinblick auf die Förderung eines breiten und sozial gerechten Zugangs zu entsprechen (Gakidou *et al.*, 2008). In Ländern, in denen das Gesundheitssystem über ausreichende Kapazitäten verfügt, kann eine stärkere Inanspruchnahme von Früherkennungsprogrammen gefördert werden, indem sichergestellt wird, dass die Vorsorgeuntersuchungen kostenlos sind und überall dort angeboten werden, wo Bedarf besteht. Die Maßnahmen und Interventionen müssen u.U. zielgenauer ausgerichtet werden, um soziale Unausgewogenheiten zu beseitigen. Auch der Perspektive neuer krebsverhütender Impfstoffe kommt als ergänzendem Instrument in Kontextsituationen, in denen es an finanziellen Mitteln mangelt und die Aufrechterhaltung von Früherkennungsprogrammen daher eine Herausforderung darstellt, eine wichtige Rolle zu.

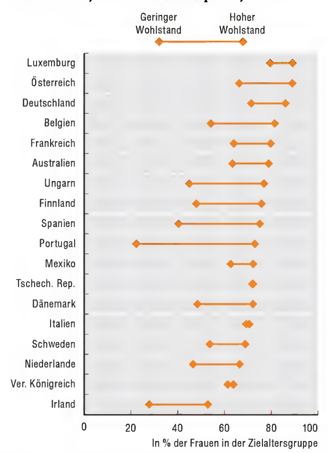
Definition und Abweichungen

Mit den Teilnahmeraten an Brust- und Gebärmutterhalskrebs-Vorsorgeuntersuchungen wird der Anteil der Frauen einer bestimmten Altersgruppe gemessen, die in jüngster Zeit jeweils eine Mammografie, Brustuntersuchung, einen Pap-Abstrich oder eine Unterleibsuntersuchung durchführen ließen. Die Informationen stammen in der Regel aus Gesundheitsumfragen oder administrativen Daten über Früherkennungsprogramme.

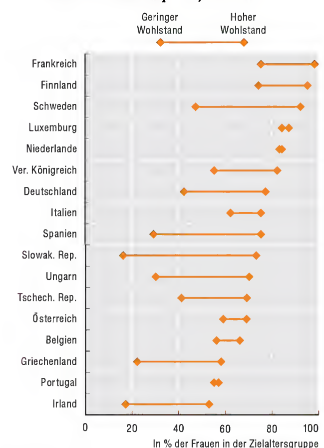
Die nach Wohlstandsquintilen aufgeschlüsselten Raten stützen sich bei diesem Indikator auf die Ergebnisse von Gesundheitsumfragen, wobei der Anteil der Frauen im Alter von 25-64 Jahren (Gebärmutterhalskrebs) und von 50-69 Jahren (Brustkrebs) zu Grunde gelegt wird, die laut eigenen Angaben in den drei Jahren vor der Befragung eine Früherkennungsuntersuchung durchführen ließen. Bei der Verwendung von Screening-Schätzungen, die auf Eigenangaben im Rahmen von Gesundheitsumfragen basieren, ist indessen Vorsicht geboten, da die Befragten zu überhöhten Angaben bei wünschenswerten Verhaltensweisen tendieren.

Die Daten für die geografischen Regionen beziehen sich auf die Frauen in den Zielaltersgruppen, die an nationalen Früherkennungsprogrammen teilgenommen hatten. Die Zielaltersgruppen und zeitlichen Abstände zwischen den Früherkennungsuntersuchungen können von Land zu Land unterschiedlich sein.

6.7.1 Gebärmutterhalskrebs-Screening, ausgewählte OECD-Länder, nach Wohlstandsquintil, 2002-04



6.7.2 Brustkrebs-Screening, ausgewählte OECD-Länder, nach Wohlstandsquintil, 2002-04

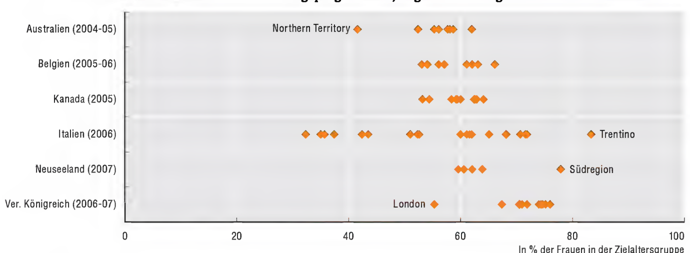


Anmerkung: Die Datenquelle kann bei einigen Ländern von derjenigen abweichen, die in Kapitel 5 für die Daten zum Brust- und Gebärmutterhalskrebs-Screening verwendet wurde. Seit der Durchführung dieser Studien haben einige Länder, darunter Irland, landesweite Früherkennungsprogramme eingeführt.

Quelle: Gakidou *et al.* (2008).

Quelle: WHO (2008b).

6.7.3 Teilnahme an Brustkrebsfrüherkennungsprogrammen, Regionen in ausgewählten OECD-Ländern



Quelle: AIHW (2008a); IMA-AIM (2009); PHAC (2008); ONS (2008); Taylor *et al.* (2008); NHSBSP (2008).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/804543785343





7. GESUNDHEITSAUSGABEN UND -FINANZIERUNG

Einleitung

Dieses Kapitel enthält einen Überblick über die wichtigsten Indikatoren und Merkmale der Gesundheitsausgaben und -finanzierung in den OECD-Ländern.

Die Untersuchung beginnt mit einem Vergleich des Gesamtniveaus der Gesundheitsausgaben als Pro-Kopf-Ausgaben und im Verhältnis zu anderen makroökonomischen Variablen ausgedrückt, wie z.B. dem BIP. Es werden die derzeitigen Ausgabenniveaus sowie die Trends der letzten Jahre vorgestellt, wobei den möglichen Auswirkungen der Konjunkturabschwächung auf die künftige Entwicklung der Gesundheitsausgaben Rechnung getragen wird. Neben den Indikatoren der Gesamtausgaben enthält das Kapitel auch eine Analyse der verschiedenen, in den OECD-Ländern in Anspruch genommenen Arten von Gesundheitsleistungen und -waren, wobei Arzneimittel insofern schwerpunktmäßig gesondert betrachtet werden, als sie in den letzten Jahren einer der Hauptantriebsfaktoren des Wachstums der Gesamtgesundheitsausgaben waren.

Ein wichtiger neu hinzugekommener Teil ist in dieser Ausgabe von *Gesundheit auf einen Blick* die Aufschlüsselung der Gesundheitsausgaben nach Patientenmerkmalen, oder noch spezifischer nach Krankheitsbedingungen und Alter. Diese Art von Analyse ist für die politischen Entscheidungsträger insofern besonders wichtig, als sie über die derzeitige Ressourcenallokation im Gesundheitssystem Aufschluss gibt. Die bereitgestellten Informationen können bei Untersuchungen über demografische Veränderungen und sich wandelnde Krankheitsmuster sowie bei der Konstruktion von Modellen der künftigen Entwicklung der Gesundheitsausgaben eine wichtige Rolle spielen. Im Zusammenhang mit der Allokation der Gesundheitsausgaben geht das Kapitel auch auf die Frage ein, wo die erforderlichen Mittel herkommen, d.h. wer die aus der Finanzierung der Ausgaben für Gesundheitsleistungen und -waren resultierenden Lasten trägt. In Anbetracht der Ausweitung des Medizintourismus und des internationalen Handels mit Gesundheitsleistungen werden abschließend der derzeitige Umfang dieser Phänomene und die diesbezüglichen Entwicklungen untersucht – mit dem Ziel, im Zuge der Bemühungen um eine Verbesserung der Datenverfügbarkeit und des Erfassungsgrads dem wachsenden Bedarf der politischen Entscheidungsträger gerecht zu werden.

Vergleich der Gesundheitsausgaben und -finanzierung in einzelnen Ländern

Von der überwiegenden Mehrheit der Länder werden jetzt Gesundheitsausgabendaten übermittelt, die den im OECD-Handbuch *A System of Health Accounts* (SHA) (System der Gesundheitsausgabenrechnungen) (OECD, 2000) vorgeschlagenen Abgrenzungen und Definitionen entsprechen. Die Vergleichbarkeit der funktionalen Aufschlüsselung der Angaben zu den Gesundheitsausgaben hat sich in den vergangenen Jahren verbessert. Ihr sind jedoch nach wie vor Grenzen gesetzt, weil einige Länder die SHA-Klassifizierungen und -Definitionen noch nicht umgesetzt haben. Doch auch unter den Ländern, die Daten nach dem System der Gesundheitsausgabenrechnungen übermitteln, ist die Datenvergleichbarkeit u.U. noch nicht optimal. So sind beispielsweise in Kanada und den Vereinigten Staaten in den stationären Ausgaben privat abgerechnete Honorare von Belegärzten nicht enthalten. Unterschiedliche Praktiken bei der Einbeziehung der Langzeitpflege in die Gesundheits- oder Sozialausgaben sind ein weiterer Faktor, der die Datenvergleichbarkeit beeinträchtigt.

Was die funktionale Aufschlüsselung der Gesundheitsausgaben in dieser Veröffentlichung betrifft, so werden die ambulanten Ausgaben in einem umfassenderen Sinn verwendet, um ambulante Leistungen sowohl im Krankenhaussektor als auch im niedergelassenen Sektor einbeziehen zu können.

Wegen weiterer Informationen vgl. „Note on General Comparabilty of Health Expenditure and Finance Data“ in *OECD-Gesundheitsdaten* 2009.

Definition der Gesundheitsausgaben

Die Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen messen den Endverbrauch an den entsprechenden Waren und Leistungen zuzüglich der Investitionsausgaben in die Infrastruktur der Gesundheitsversorgung. Hierzu zählen Ausgaben öffentlicher und privater Quellen (darunter auch die privaten Haushalte) für medizinische Leistungen und Waren, Programme zur Förderung von öffentlicher Gesundheit und Prävention sowie die Gesundheitsverwaltung.

Die nachstehende Tabelle zeigt die wichtigsten Ausgabenkategorien entsprechend der in *OECD-Gesundheitsdaten* 2009 verwendeten und in der vorliegenden Veröffentlichung vorgestellten International Classification for Health Accounts (ICHA).

ICHA-Code	Beschreibung
HC.1; HC.2	Leistungen der kurativen und rehabilitativen Pflege (stationär, teilstationär, ambulant und häuslich)
HC.3	Leistungen der Langzeitpflege (stationär, teilstationär und häuslich)
HC.4	Hilfsleistungen
HC.1-HC.4	*Medizinische Leistungen*
HC.5	Medizinische Waren für die ambulante Pflege
HC.1-HC.5	*Gesamtausgaben für individuelle Gesundheitsleistungen*
HC.6	Leistungen zur Förderung der Prävention und der öffentlichen Gesundheit
HC.7	Verwaltungsleistungen und Krankenversicherung
HC.6 + HC.7	*Gesamtausgaben für die Kollektivgesundheit*
HC.1-HC.7	*Laufende Gesamtgesundheitsausgaben*
HC.R.1	Investitionen (Anlageinvestitionen) in Einrichtungen des Gesundheitswesens
HC.1-HC.7 + HC.R.1	*GESAMTGESUNDHEITSAUSGABEN*

Bereinigung um Währungsunterschiede

Die auf nationalen Währungseinheiten basierenden Gesundheitsausgaben können zum Vergleich einiger Indikatoren, wie dem Verhältnis Gesundheitsausgaben/BIP und der Wachstumsrate der Gesundheitsausgaben im Zeitverlauf, herangezogen werden.

Um aber sachdienliche Vergleiche der Gesundheitsausgaben zwischen Ländern zu einem gegebenen Zeitpunkt anstellen zu können, ist es notwendig, die Daten von nationalen Währungseinheiten in eine gemeinsame Währung, wie den US-Dollar (US-$), zu konvertieren. Sinnvoll ist es dabei auch, die Unterschiede in der Kaufkraft der nationalen Währungen im jeweiligen Land zu berücksichtigen. Zur Berechnung der Umwandlungsrate nationaler Währungen in US-$-Kaufkraftparitäten (KKP) wird in den verschiedenen Ländern der Preis für denselben festen Korb von Waren und Dienstleistungen in nationaler Währung bestimmt und dann in US-Dollar umgewandelt. Kostet beispielsweise ein identischer Waren- und Dienstleistungskorb in Kanada etwa 140 Kanadische Dollar (kan$) und in den Vereinigten Staaten 100 US-$, würde die KKP-Umwandlungsrate 1,4 kan$ für 1 US-$ betragen. Als am besten verfügbare und verlässlichste Umwandlungsraten wurden gesamtwirtschaftliche (BIP) KKP verwendet. Sie basieren auf einem umfassenden Korb von Waren und Dienstleistungen, die auf Grund ihres repräsentativen Charakters für alle Wirtschaftsaktivitäten ausgewählt wurden. Die Verwendung gesamtwirtschaftlicher KKP bedeutet, dass die resultierenden Abweichungen bei den Gesundheitsausgaben zwischen den Ländern nicht nur Unterschiede im Volumen der Gesundheitsleistungen widerspiegeln, sondern auch etwaige Abweichungen bei den Preisen für Gesundheitsleistungen im Verhältnis zu denen in den übrigen Wirtschaftssektoren.

In Bezug auf die Importe und Exporte von Gesundheitsleistungen und -waren sind die Daten in zu marktüblichen Wechselkursen konvertierten US-Dollar ausgedrückt.

Bereinigung der Daten um die Preisinflation

Um einen sachdienlichen Vergleich der realen Wachstumsraten im Zeitverlauf zu ermöglichen, müssen die nominalen Gesundheitsausgaben durch den Einsatz eines geeigneten Preisindex deflationiert (d.h. um die Inflation bereinigt) und auch nach der Bevölkerungszahl aufgeschlüsselt werden, um die realen Pro-Kopf-Ausgaben abzuleiten. Auf Grund der begrenzten Verfügbarkeit verlässlicher Preisindizes für Gesundheitsleistungen ist in dieser Veröffentlichung ein gesamtwirtschaftlicher (BIP) Preisindex verwendet worden (BIP-Preisniveau von 2000).

7.1. Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben

Die Unterschiede in der Höhe der Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben sind auf ein breites Spektrum marktbezogener und gesellschaftlicher Faktoren sowie die diversen Finanzierungs- und Organisationsstrukturen der Gesundheitssysteme der einzelnen Länder zurückzuführen.

Das mit Abstand ausgabenstärkste Land unter den OECD-Ländern sind nach wie vor die Vereinigten Staaten. Die Ausgaben für Gesundheitswaren und -leistungen je Einwohner erhöhten sich 2007 in den Vereinigten Staaten auf 7 290 US-$ (Abbildung 7.1.1) – das ist fast das 2½-Fache des Durchschnitts aller OECD-Länder. Norwegen und die Schweiz erreichen mit ihren Ausgaben etwa zwei Drittel des Pro-Kopf-Ausgabenniveaus der Vereinigten Staaten, liegen damit aber immer noch um rund 50% über dem OECD-Durchschnitt. Die meisten nord- und westeuropäischen Länder sowie Kanada und Australien wenden zwischen 3 000-4 000 US-$ KKP auf, was 100-130% des OECD-Durchschnitts entspricht. Zu den Ländern, deren Ausgabenniveau unter dem OECD-Durchschnitt liegt, gehören Mexiko und die Türkei, aber auch die süd- und osteuropäischen OECD-Länder sowie Korea. Japan liegt mit seinem Gesundheitsausgabenniveau trotz seines überdurchschnittlichen Pro-Kopf-Einkommens ebenfalls unter dem OECD-Durchschnitt.

In Abbildung 7.1.1 sind auch die Pro-Kopf-Ausgaben für die Gesundheitsversorgung nach privater und öffentlicher Finanzierung aufgeschlüsselt (vgl. Indikator 7.6). Die Schwankungsbreite der Höhe der öffentlichen Gesundheitsausgaben entspricht in etwa der, die auch für die Gesundheitsausgaben insgesamt zu beobachten ist. In der Regel bleibt die Platzierung der Länder nach den öffentlichen Pro-Kopf-Ausgaben mit der nach den Gesundheitsausgaben insgesamt vergleichbar. Selbst wenn der private Sektor in den Vereinigten Staaten bei der Finanzierung nach wie vor eine dominierende Rolle spielt, liegen die öffentlichen Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben insofern immer noch über denen der meisten übrigen OECD-Länder (mit Ausnahme Norwegens und Luxemburgs), als die Gesundheitsausgaben insgesamt viel höher sind als die anderer Länder.

In der Schweiz werden die Gesundheitsausgaben zu einem hohen Anteil mit privaten Mitteln finanziert und sind die öffentlichen Gesundheitsausgaben im Verhältnis zum BIP geringer als in einigen anderen Ländern, obwohl die Gesundheitsausgaben insgesamt höher liegen. Umgekehrt verhält es sich in Dänemark, wo die Gesundheitsausgaben überwiegend mit öffentlichen Mitteln finanziert werden.

Im Zeitraum 1997-2007 sind die Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben im OECD-Durchschnitt real schätzungsweise um rd. 4,1% jährlich gestiegen (Abbildung 7.1.2 und Tabelle A.10). In vielen Ländern erreichte die Zuwachsrate etwa in den Jahren 2001-02 einen Höchststand und hat sich der Anstieg in den letzten Jahren verlangsamt. Dem steht eine durchschnittliche Wirtschaftswachstumsrate im gleichen Zeitraum von 2,6% gegenüber, was bedeutet, dass in den meisten Ländern ein zunehmender Teil des BIP für die Gesundheitsversorgung bestimmt ist (vgl. Abbildung 7.1.3 sowie Indikator 7.2).

Bei den Ländern, die in diesem Zeitraum das stärkste Wachstum der Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben verzeichneten, handelte es sich im Allgemeinen um Länder, in denen sich die Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben Mitte der 1990er Jahre noch auf einem vergleichsweise niedrigen Niveau bewegten. In Korea und der Türkei beispielsweise fiel der Anstieg der Gesundheitsausgaben in den letzten zehn Jahren mehr als doppelt so stark aus wie im OECD-Durchschnitt. Andere Länder, wie z.B. Irland und das Vereinigte Königreich, führten ganz spezifische Politikmaßnahmen durch, die die öffentlichen Gesundheitsausgaben erhöhen, so dass die Gesundheitsausgaben insgesamt stärker stiegen als das Wirtschaftswachstum (Department of Health and Children, 2001; Secretary of State for Health, 2002).

In Deutschland betrug der jährliche Anstieg der Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben im Durchschnitt real nur 1,7%, was auf den Effekt von Kostendämpfungsmaßnahmen zurückzuführen war, die darauf angelegt waren, Beitragsstabilität für Arbeitgeber und Arbeitnehmer zu erreichen. Diese Maßnahmen umfassten Budget- oder Ausgabenobergrenzen für Sektoren oder einzelne Leistungserbringer, die Einführung von Festpreisen für Arzneimittel sowie Arztinformationen zur rationalen Verordnung von Arzneimitteln und Erhöhung des Anteils der Generikapräparate, Bettenabbau in Krankenhäusern, eine Beschränkung der Zahl medizinisch-technischer Großgeräte sowie eine Erhöhung der Zuzahlungen (sowohl hinsichtlich der Höhe als auch der Anzahl der Leistungen) (Busse und Riesberg, 2004).

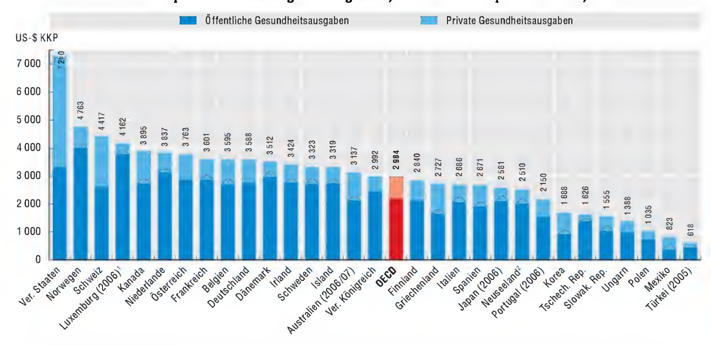
Definition und Abweichungen

Mit den Gesamtausgaben für Gesundheit werden der Endverbrauch an Gesundheitswaren und -leistungen (d.h. die laufenden Gesundheitsausgaben) sowie die Kapitalinvestitionen in die Gesundheitsinfrastruktur gemessen. Erfasst werden damit sowohl die öffentlichen als auch die privaten Ausgaben für medizinische Waren und Leistungen, öffentliche Gesundheits- und Vorsorgeprogramme sowie Verwaltungsleistungen.

Zum Vergleich des Ausgabenniveaus werden die Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben in eine gemeinsame Währung (US-Dollar) konvertiert und angepasst, um der unterschiedlichen Kaufkraft der nationalen Währungen in den einzelnen Ländern Rechnung zu tragen. Die gesamtwirtschaftlichen (BIP-)KKP werden als die am meisten verfügbaren und verlässlichsten Umrechnungsraten verwendet.

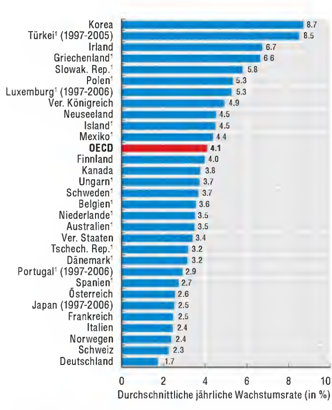
Die Wachstumsraten in Abbildungen 7.1.2 und 7.1.3 wurden um die Datenreihenbrüche bereinigt, zu denen es in den meisten Fällen durch die Einführung des Systems der Gesundheitsausgabenrechnungen (*System of Health Accounts*) kam. Um diese Brüche herauszufiltern, wurde unterstellt, dass das Realwachstum in den Jahren mit Brüchen dem durchschnittlichen Wachstum der Vor- und Folgejahre entsprach.

7.1.1 Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben insgesamt, öffentlicher und privater Sektor, 2007



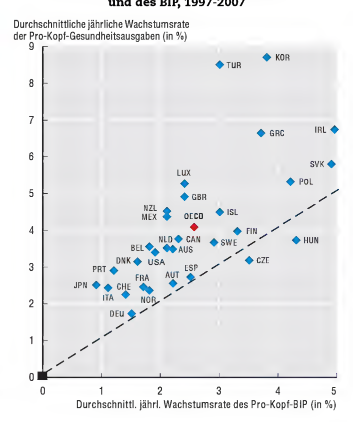
1. Die Gesundheitsausgaben beziehen sich nicht auf die gebietsansässige Bevölkerung, sondern auf die versicherte Bevökerung.
2. Laufende Gesundheitsausgaben.

7.1.2 Durchschnittliche jährliche Wachstumsrate der realen Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben, 1997-2007



1. Bereinigte Wachstumsraten. Vgl. Kasten „Definition und Abweichungen".

7.1.3 Durchschnittliche jährliche Wachstumsrate der realen Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben und des BIP, 1997-2007



Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2009.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/804574308702

7.2. Gesundheitsausgaben im Verhältnis zum BIP

2007 wendeten die OECD-Länder 8,9% ihres BIP für Gesundheitsausgaben auf (Abbildung 7.2.1). Die Trendentwicklungen des Verhältnisses Gesundheitsausgaben/BIP sind auf den kombinierten Effekt der Trendentwicklungen von BIP und Gesundheitsausgaben zurückzuführen. Von einigen wenigen Ländern (Ungarn und die Tschechische Republik) abgesehen, stiegen die Gesundheitsausgaben in den letzten zehn Jahren schneller als das BIP (vgl. Abbildung 7.1.3, voriger Indikator). Dies führte dazu, dass ein höherer Anteil des BIP dem Gesundheitssektor zugeordnet wurde (Abbildung 7.2.3). Der Anstieg des BIP-Anteils der Gesundheitsausgaben wird sich infolge der Rezession, die in vielen Ländern 2008 begann und sich 2009 weiter ausbreitete, wahrscheinlich fortsetzen.

2007 variierte der BIP-Anteil der Gesundheitsausgaben zwischen weniger als 6% in der Türkei und Mexiko und 16% des BIP in den Vereinigten Staaten (Abbildung 7.2.1 und Tabelle A.12). Den Vereinigten Staaten folgten Frankreich (11,0%), die Schweiz (10,8%) und Deutschland (10,4%).

Auch der BIP-Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben variiert zwischen einem Höchstwert von 8,7% des BIP in Frankreich und Tiefstwerten von 3,7% und 2,7% des BIP in Korea bzw. Mexiko. In diesen beiden Ländern werden die Gesundheitsausgaben fast zu gleichen Teilen aus öffentlichen und privaten Quellen finanziert.

Für eine umfassendere Beurteilung der Gesundheitsausgaben eines Landes ist es notwendig, das Verhältnis Gesundheitsausgaben/BIP (d.h. den Ausgabenquotient) zusammen mit den Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben (vgl. Indikator 7.1 „Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben") zu betrachten. Länder mit verhältnismäßig hohem Ausgabenquotient haben u.U. relativ niedrige Pro-Kopf-Ausgaben, was auch umgekehrt gilt. Österreich und Portugal gaben z.B. beide etwa 10% ihres BIP für die Gesundheitsversorgung aus, auf die Einwohnerzahl umgerechnet waren die Ausgaben (in US-$ KKP) in Österreich jedoch über 70% höher (Abbildung 7.1.1).

Abbildung 7.2.4 zeigt einen positiven Zusammenhang zwischen Pro-Kopf-BIP und Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben in den OECD-Ländern. Auch wenn generell festzustellen ist, dass Länder mit höherem BIP tendenziell einen größeren Anteil ihres BIP für Gesundheitszwecke ausgeben, gibt es doch große Unterschiede, da das BIP nicht der alleinige Einflussfaktor für das Niveau der Gesundheitsausgaben ist. Der Zusammenhang ist in OECD-Ländern mit niedrigerem Einkommen stärker als in solchen mit höherem Einkommen. Selbst unter Ländern mit ähnlich hohem Pro-Kopf-BIP bestehen erhebliche Differenzen in Bezug auf das Niveau der Gesundheitsausgaben. Japan und Deutschland haben z.B. ein identisches Pro-Kopf-BIP, die Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben belaufen sich in Japan jedoch auf weniger als 75% des deutschen Niveaus.

Die durch den Konjunkturabschwung bedingte Verringerung des BIP kann kurzfristig zu einem Anstieg der Gesundheitsausgaben im Verhältnis zum BIP führen. Es gibt kaum Befunde, die zeigen, dass BIP-Veränderungen kurzfristig einen Effekt auf die Höhe der Gesundheitsausgaben haben. Die Erfahrungen einiger OECD-Länder, die in den letzten zwanzig Jahren mit schweren Rezessionen konfrontiert waren, lassen jedoch darauf schließen, dass sich die Gesundheitsausgaben in den nächsten Jahren verringern könnten.

Das Verhältnis Gesundheitsausgaben/BIP ist keine exakte Messgröße für den relativen Umfang der individuell konsumierten Gesundheitswaren und -leistungen, denn erstens umfassen die gesamten Gesundheitsausgaben die von den Leistungserbringern getätigten Investitionen, und zweitens sind im BIP auch die Nettoexporte enthalten. Eine präzisere Messgröße des relativen Gewichts der Gesundheitsausgaben ist der Anteil der Gesundheitswaren und -leistungen an allen in einer Volkswirtschaft individuell konsumierten Gütern und Dienstleistungen, unabhängig von der Frage, wer finanziell dafür aufkam. Dieser Quotient ist in allen OECD-Ländern wesentlich höher als das Verhältnis Gesamtgesundheitsausgaben/BIP (Abbildung 7.2.2). Im OECD-Durchschnitt entfallen fast 13% der effektiven Verbrauchsausgaben auf die Gesundheitsversorgung, und in der überwiegenden Mehrheit der OECD-Länder sind mehr als 10% der Verbrauchsausgaben für den Gesundheitssektor bestimmt. Fünf Länder (Vereinigte Staaten, Schweiz, Luxemburg, Norwegen und Österreich) wendeten 2007 über 15% für die Gesundheitsversorgung auf.

Definition und Abweichungen

Bruttoinlandsprodukt (BIP) = Endverbrauch + Bruttoanlageinvestitionen + Nettoexporte. Der effektive Endverbrauch der Haushalte umfasst die Waren und Dienstleistungen, die von privaten Haushalten oder der Gemeinschaft zur Befriedigung individueller Bedürfnisse verwendet werden. Hierzu zählen die Endverbrauchsausgaben der privaten Haushalte, des Staats und der privaten Organisationen ohne Erwerbszweck im Dienst der privaten Haushalte.

Die Unterschiede bei den relativen Positionen, die die Länder nach dem BIP-Anteil der Gesamtgesundheitsausgaben bzw. nach dem Anteil der laufenden Gesundheitsausgaben an den effektiven Endverbrauchsausgaben einnehmen, hängen mit Differenzen beim Investitionsniveau (in der Gesamtwirtschaft und im Gesundheitssektor), den Handelsbilanzpositionen der einzelnen Länder sowie ihrem Nettoeinkommen aus dem Ausland zusammen. Entsprechende Korrekturen sind für Länder wie Luxemburg, Irland und Norwegen signifikant.

7.2.1 Anteil der Gesamtgesundheitsausgaben am BIP, 2007

7.2.2 Anteil der laufenden Gesundheitsausgaben am effektiven Endverbrauch, 2007

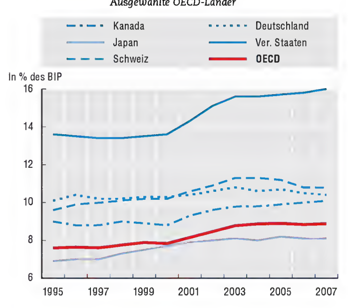
Öffentlich / Privat

Land	7.2.1 In % des BIP	7.2.2 In % des tatsächlichen Endverbrauchs
Ver. Staaten	16.0	[illegible]
Frankreich	11.0	14.9
Schweiz[1]	10.8	16.9
Deutschland	10.4	14.9
Belgien[3]	10.2	14.8
Kanada	10.1	14.3
Österreich	10.1	15.0
Portugal (2006)	9.9	12.6
Niederlande[3]	9.8	14.7
Dänemark	9.8	13.9
Griechenland	9.6	11.9
Island[1]	9.3	12.4
Neuseeland[2]	9.2	13.3
Schweden	9.1	13.2
Norwegen	8.9	15.4
OECD	**8.9**	**12.9**
Italien	8.7	11.8
Australien (2006/07)	8.7	12.4
Spanien	8.5	12.0
Ver. Königreich[1]	8.4	10.4
Finnland	8.2	11.9
Japan (2006)	8.1	11.8
Slowak. Rep.	7.7	11.6
Irland	7.6	12.8
Ungarn	7.4	11.0
Luxemburg (2006)[4]	7.3	16.8
Korea	6.8	10.5
Tschech. Rep.	6.8	11.2
Polen	6.4	8.6
Mexiko	5.9	8.1
Türkei (2005)	5.7	7.1

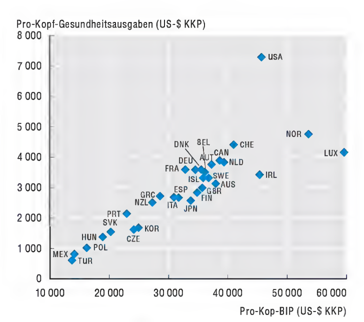
1. In beiden Abbildungen Gesamtgesundheitsausgaben.
2. In beiden Abbildungen laufende Gesundheitsausgaben.
3. Bei den öffentlichen und privaten Ausgaben handelt es sich um laufende Ausgaben (ohne Investitionen).
4. Die Gesundheitsausgaben beziehen sich nicht auf die gebietsansässige Bevölkerung, sondern auf die versicherte Bevökerung.

7.2.3 Anteil der Gesamtgesundheitsausgaben am BIP, 1995-2007

Ausgewählte OECD-Länder



7.2.4 Pro-Kopf-Gesamtgesundheitsausgaben und Pro-Kopf-BIP, 2007



Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2009.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/804575010581

7.3. Gesundheitsausgaben nach Leistungsart

Die Verteilung der Gesundheitsausgaben auf die verschiedenen Arten von Gesundheitsleistungen und medizinischen Waren ist von einer Reihe von Faktoren abhängig, wie z.B. der Verfügbarkeit von Ressourcen wie Krankenhausbetten, Ärzten und Zugang zu neuen Technologien, den finanziellen und institutionellen Vorkehrungen für die Erbringung von Gesundheitsleistungen sowie von den nationalen klinischen Richtlinien und der Krankheitslast in einem Land.

Auf kurative und Rehabilitationsleistungen, die im stationären Bereich (einschließlich teilstationärer Behandlung) oder im Rahmen der ambulanten Behandlung erbracht werden, entfielen 2007 im OECD-Durchschnitt 60% der laufenden Gesundheitsausgaben (Abbildung 7.3.1). Das Verhältnis zwischen den Ausgaben für stationäre Leistungen und denen für ambulante Behandlung hängt von den institutionellen Vorkehrungen für die Erbringung von Gesundheitsleistungen ab. In Österreich und Frankreich beispielsweise stellen stationäre Pflegeleistungen den übermittelten Daten zufolge einen relativ hohen Anteil (über ein Drittel der Gesamtausgaben für die Gesundheitsversorgung), was mit einem hohen Niveau der Aktivität der Krankenhäuser assoziiert ist (vgl. Indikator 4.4). Umgekehrt wenden Länder wie Portugal und Spanien, die eine geringe Krankenhausaktivität zu verzeichnen haben, weniger als ein Viertel der Gesundheitsversorgungsressourcen für stationäre Pflege auf.

Zwischen den Ländern bestehen nach wie vor erhebliche Unterschiede, was die Ausgaben für die Langzeitpflege betrifft. Die Schweiz, Norwegen und Dänemark, die gut etablierte formelle Regelungen für die Pflege älterer Menschen haben, wenden bis zu einem Viertel der gesamten Gesundheitsausgaben für die Langzeitpflege auf. In Korea und Portugal, wo diese Pflegeleistungen in der Regel in eher informellem Rahmen bzw. durch die Familie erbracht werden, entfällt auf Ausgaben für die Langzeitpflege ein wesentlich geringerer Anteil an den Gesamtausgaben (OECD, 2005a).

Die andere große Gesundheitsausgabenkategorie betrifft die medizinischen Waren, hauptsächlich Arzneimittel (vgl. Indikator 7.4). Obwohl der Anteil der Gesundheitsausgaben für Arzneimittel durchschnittlich über 20% beträgt, kann er – wie z.B. in Luxemburg, der Schweiz, Norwegen und Dänemark – auf einem niedrigen Niveau von nur 11-13% liegen und in anderen Ländern wie Ungarn und der Slowakischen Republik ein hohes Niveau von 36-38% erreichen.

Die kurative/rehabilitative Pflege umfasst nicht nur medizinische Leistungen, die einen Krankenhausaufenthalt erforderlich machen, sondern auch Leistungen im Rahmen der teilstationären und ambulanten Behandlung in Krankenhäusern oder ambulanten Gesundheitseinrichtungen sowie der häuslichen Pflege. Veränderungen in der medizinischen Praxis, neue Technologien und eine effizientere Ressourcenallokation können sich auf das Gleichgewicht zwischen diesen verschiedenen Formen der Leistungserbringung auswirken. Teilstationäre (oder ambulant) erbrachte chirurgische Leistungen sind ein Bereich, der in den letzten Jahren in vielen OECD-Ländern expandierte.

Ambulante chirurgische Eingriffe (Tagesfälle) wie z.B. Kataraktoperationen (vgl. Indikator 4.9) oder Leistenbruchoperationen können für eine höhere Zahl operierter Patienten sorgen und dadurch zu geringeren Kosten je Eingriff führen. In vielen Ländern entfiel auf die teilstationäre Behandlung in den letzten Jahren ein zunehmender Anteil an den Gesamtausgaben für kurative Leistungen (Abbildung 7.3.2). Bei den Ausgaben bestehen jedoch erhebliche Unterschiede, die zum Teil auf die eingeschränkte Vergleichbarkeit der Daten, aber auch auf die jeweiligen nationalen Politikmaßnahmen und Regulierungen zurückzuführen sind. In Frankreich entfallen auf teilstationär durchgeführte Eingriffe heute rd. 11% der Ausgaben für kurative Leistungen. Deutschland dagegen, wo die teilstationäre Chirurgie in öffentlichen Krankenhäusern bis Ende der 1990er Jahre verboten war (Castoro *et al.*, 2007), hatte den Angaben zufolge bei den teilstationär erbrachten kurativen Leistungen nur einen Ausgabenanteil von 2% zu verzeichnen.

In Abbildung 7.3.3 ist der auf öffentliche Gesundheit und Prävention entfallende Teil der Gesundheitsausgaben dargestellt. Im Durchschnitt wandten die OECD-Länder 3% ihrer Gesundheitsausgaben für solche Aktivitäten auf, deren Spektrum von Impfprogrammen bis hin zu Aufklärungskampagnen über die Gefahren von Alkohol und Tabak reicht. Die starke Varianz ist großenteils auf Unterschiede bei der Organisation der Präventionskampagnen in den einzelnen Ländern zurückzuführen. Werden solche Kampagnen auf Ebene der Primärversorgung durchgeführt, wie in Spanien, werden die entsprechenden Kosten nicht gesondert erfasst, sondern können in den Ausgaben für die kurative Pflege enthalten sein. Länder, die im Bereich öffentliche Gesundheit und Prävention einen stärker zentralisierten Ansatz verfolgen, können die Ausgaben für solche Programme in der Regel getrennt ausweisen.

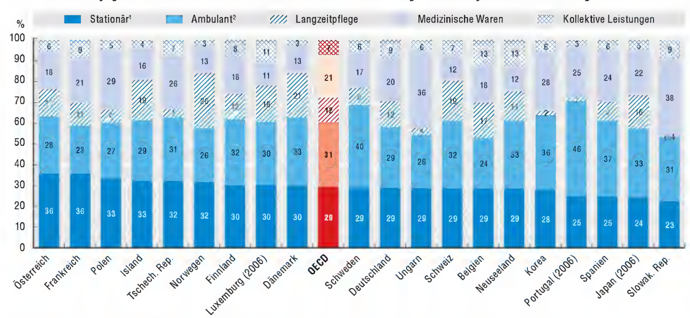
Definition und Abweichungen

Das funktionale Konzept des Systems der Gesundheitsausgabenrechnungen (*System of Health Accounts*) grenzt den Bereich des Gesundheitssystems begrifflich ab. Die Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen setzen sich aus laufenden Gesundheitsausgaben und Bruttoinvestitionen zusammen. Die laufenden Gesundheitsausgaben umfassen individuelle Gesundheitsleistungen (kurative, rehabilitative und Langzeitpflege, Hilfsleistungen und medizinische Waren) und Kollektivleistungen (Leistungen der öffentlichen Gesundheitsversorgung und Verwaltungsleistungen). Kurative, rehabilitative und Langzeitpflege können auch nach dem Erbringungsmodus klassifiziert werden (stationäre Versorgung, teilstationäre Behandlung, ambulante Versorgung und häusliche Pflege).

Faktoren, die die Vergleichbarkeit zwischen Ländern einschränken, sind u.a. Schätzungen der Langzeitpflegekosten. In einigen Fällen werden auch die Ausgaben in Krankenhäusern als Ersatzvariable für stationäre Pflegeleistungen verwendet, obwohl die Krankenhausausgaben Ausgaben für ambulante Pflegeleistungen, Hilfsleistungen und in einigen Fällen auch die Verabreichung von Arzneimitteln einschließen können (Orosz und Morgan, 2004).

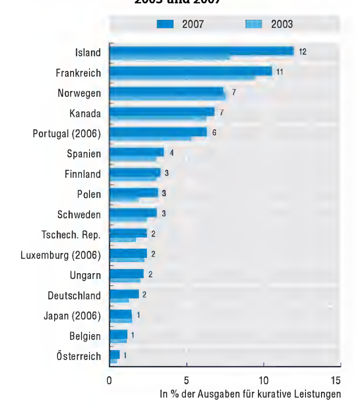
7.3.1 Laufende Gesundheitsausgaben nach Leistungsart, 2007

Reihenfolge der Länder nach dem Anteil der kurativen stationären Leistungen an den laufenden Gesundheitsausgaben

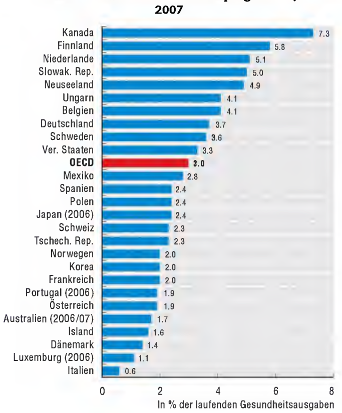


1. Bezieht sich auf kurative rehabilitative Leistungen im Rahmen stationärer und teilstationärer Behandlung.
2. Einschließlich häuslicher Pflege und Hilfsleistungen.

7.3.2 Anteil der teilstationären Leistungen an den Gesamtausgaben für kurative Leistungen, 2003 und 2007



7.3.3 Ausgaben für organisierte öffentliche Gesundheits- und Präventionsprogramme, 2007



Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2009.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/804576200586

7.4. Arzneimittelausgaben

Auf die Ausgaben für Arzneimittel entfällt in den meisten OECD-Ländern ein hoher Anteil der Gesundheitsausgaben insgesamt. Der zunehmende Arzneimittelverbrauch, der auf die Verbreitung neuer Arzneimittel sowie auf die Bevölkerungsalterung zurückzuführen ist (vgl. Indikator 4.10 „Arzneimittelverbrauch"), war einer der wichtigsten Faktoren, der zum Anstieg der Arzneimittelausgaben und damit auch der Gesundheitsausgaben insgesamt beigetragen hat (OECD, 2008d). Der Zusammenhang zwischen Arzneimittelausgaben und Gesundheitsausgaben insgesamt ist allerdings insofern komplex, als höhere Ausgaben für Arzneimittel zur Behandlung von Krankheiten die Notwendigkeit kostspieliger Krankenhausaufenthalte und medizinischer Eingriffe gegenwärtig und künftig verringern könnten.

Im OECD-Raum generell haben die Arzneimittelausgaben insgesamt 2007 schätzungsweise über 650 Mrd. US-$ und damit einen Anteil von rd. 15% der gesamten Gesundheitsausgaben erreicht. Die Pro-Kopf-Ausgaben für Pharmazeutika haben in den letzten zehn Jahren real um durchschnittlich fast 50% zugenommen. Es sind jedoch erhebliche Differenzen zwischen den Arzneimittelausgaben festzustellen, die sich aus Unterschieden bei Volumen, Konsumstruktur und Arzneimittelpreispolitik erklären (Abbildung 7.4.1). Das höchste Pro-Kopf-Ausgabenniveau für Arzneimittel wiesen 2007 die Vereinigten Staaten mit 878 US-$ gegenüber einem OECD-Durchschnitt von 461 US-$ auf. An nächster Stelle hinter den Vereinigten Staaten folgten Kanada und Griechenland. Am anderen Ende der Skala entsprachen die Ausgaben in Mexiko mit knapp 200 US-$ KKP weniger als einem Viertel des Gesamtvolumens der Vereinigten Staaten. Mit nur etwas mehr als 50% des OECD-Durchschnitts befinden sich auch Neuseeland und Polen unter den Ländern mit den geringsten Pro-Kopf-Ausgaben. Das geringe Ausgabenniveau Neuseelands könnte teilweise dadurch bedingt sein, dass das Regulierungssystem den Einsatz von Generika und die Durchführung von Ausschreibungsverfahren fördert, bei denen der Zuschlag für ein Arzneimittel einem einzigen Anbieter erteilt wird (OECD, 2008d).

Im Durchschnitt werden 60% der Arzneimittelausgaben mit öffentlichen Mitteln finanziert, d.h. ein wesentlich geringerer Teil als bei den Ausgaben für die Leistungen von Ärzten und Krankenhäusern. Der Grund hierfür sind höhere Zuzahlungen bei Arzneimitteln im Rahmen öffentlicher Versicherungssysteme oder fehlende Kostenübernahme durch die Versicherung bei nicht verschriebenen Arzneimitteln und in einigen Ländern auch bei verschriebenen Arzneimitteln (vgl. Tabelle A.5 in Anhang A wegen weiterer Informationen über den Krankenversicherungsgrundschutz bezüglich ausgewählter Gesundheitsleistungen und -waren). Der Anteil der öffentlichen Arzneimittelausgaben ist mit 21% im Jahr 2007 in Mexiko am geringsten, obwohl er sich in den letzten fünf Jahren erhöht hat. In den Vereinigten Staaten und Kanada beträgt der öffentliche Anteil weniger als 40%, da ein Großteil der Ausgaben von der privaten Krankenversicherung getragen wird. Die öffentlichen Ausgaben für verschreibungspflichtige Arzneimittel stiegen 2006 in den Vereinigten Staaten infolge der Einführung des neuen Medicare-Arzneimittelprogramms für ältere Menschen und Behinderte. Der öffentliche Anteil der Arzneimittelausgaben erhöhte sich zwischen 2005 und 2007 von 24% auf 31%, ist aber nach wie vor der zweitgeringste Anteil unter den OECD-Ländern. Am anderen Ende der Skala gibt Griechenland, wo der privat finanzierte Anteil der gesamten Gesundheitsausgaben unter den europäischen Ländern am höchsten ist, einen äußerst geringen Teil der Arzneimittelkosten an den Patienten weiter, die zu fast 80% aus öffentlichen Mitteln finanziert werden.

Auf die Arzneimittelausgaben entfiel im OECD-Durchschnitt ein Anteil von 1,5% des BIP, wobei dieser Anteil von unter 1% in Ländern wie Norwegen, Dänemark sowie Neuseeland bis über 2% in Portugal, Griechenland, der Slowakischen Republik und Ungarn reichte (Abbildung 7.4.2).

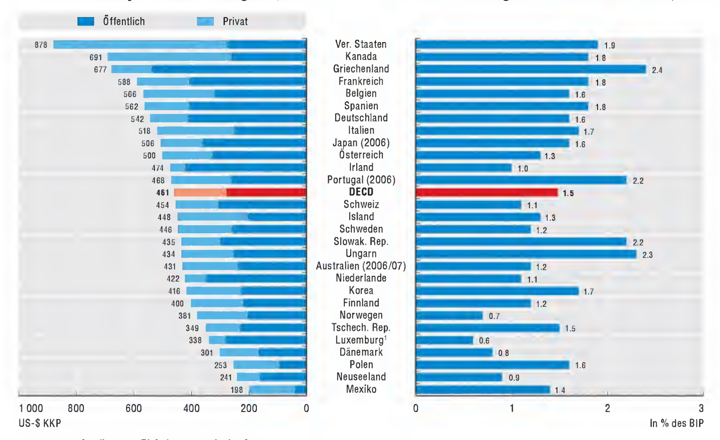
In den letzten zehn Jahren entsprach das durchschnittliche Wachstum der Arzneimittelausgaben dem der Gesundheitsausgaben insgesamt, wobei aber in den einzelnen OECD-Ländern und im Zeitverlauf unterschiedliche Muster zu erkennen sind. Das Wachstum der Arzneimittelausgaben erreichte zwischen 1999 und 2001 in vielen Ländern einen Höchststand. Unter den Ländern, die am meisten für Pharmazeutika ausgeben, lag das Ausgabenwachstum bei Arzneimitteln in den Vereinigten Staaten und Kanada weiterhin deutlich über dem OECD-Durchschnitt, wenngleich die jüngsten Daten niedrigere Zuwachsraten erkennen lassen (Abbildung 7.4.3). Mehrere Länder haben versucht, das nicht nachlassende Wachstum der Arzneimittelausgaben durch verschiedene Maßnahmen zu drosseln, wie z.B. in Frankreich die Förderung der Verschreibung von Generika (Fénina *et al.*, 2008) oder die Einführung einer Kostenbeteiligung im Fall der Tschechischen Republik (OECD, 2008a).

Definition und Abweichungen

Als Arzneimittelausgaben gelten Ausgaben für rezeptpflichtige und freiverkäufliche Medikamente sowie sonstige medizinische Verbrauchsgüter. Sie umfassen auch die Bezahlung der Apotheker, sofern diese vom Medikamentenpreis getrennt ist. Der Arzneimittelkonsum in Krankenhäusern ist ausgenommen. Die Endausgaben für Arzneimittel enthalten Groß- und Einzelhandelsmargen sowie die Mehrwertsteuer.

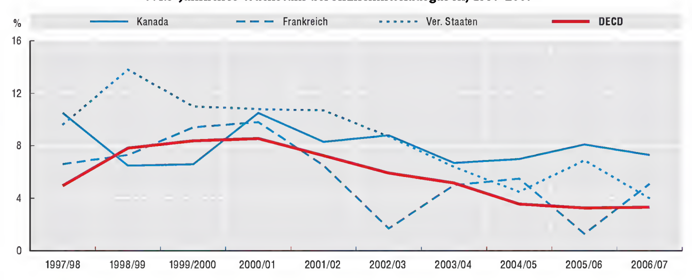
7.4.1 Pro-Kopf-Arzneimittelausgaben, 2007

7.4.2 Arzneimittelausgaben im Verhältnis zum BIP, 2007



1. Nur verschreibungspflichtige Arzneimittel.

7.4.3 Jährliches Wachstum der Arzneimittelausgaben, 1997-2007



Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2009.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/804615473810

7.5. Ausgaben nach Erkrankung und Alter

Die Gesundheitsausgaben nach Krankheit und Alter aufzuschlüsseln, ist für Gesundheitspolitiker wichtig, um die Ressourcenallokation im Gesundheitssystem zu analysieren. Die bereitgestellten Daten können für die Untersuchung der Auswirkungen der Bevölkerungsalterung und sich verändernder Krankheitsmuster auf die Ausgaben eine wichtige Rolle spielen. Sie können ferner als Input für die Modellierung künftiger Gesundheitsausgaben dienen (Heijink *et al.*, 2006). Darüber hinaus kann die Verknüpfung der Gesundheitsausgaben nach Erkrankung mit geeigneten Output-Messgrößen (z.B. Krankenhausfälle nach Erkrankung) und Ergebnismessgrößen (z.B. Überlebensraten nach einem Herzinfarkt oder einer Krebserkrankung) nützliche Informationen für das Monitoring der Gesundheitssysteme auf Erkrankungsebene liefern (AIHW, 2005).

Konsistente „leistungsdefinierte" Grenzen der Gesundheitsausgaben und eine anerkannte Methode für die Ausgabenallokation sind für die Gewinnung vergleichbarer Schätzwerte für die Ausgaben nach Erkrankung erforderlich. Die hier dargestellten Daten sind vorrangig Pilotstudien in einer Reihe von OECD-Ländern entnommen und mit zusätzlichen Länderdaten ergänzt worden, die auf ähnlichen Methoden basieren. Bei der Zuordnung der Gesundheitsausgaben nach Erkrankungs-, Alters- und Geschlechtskategorien – insbesondere in Bezug auf die Kategorien Haushaltsausgaben und ambulante Versorgung – ist die Vergleichbarkeit der Daten erheblich eingeschränkt. Um ein Höchstmaß an Vergleichbarkeit zwischen den Ländern zu erreichen, bieten die Abbildungen jeweils eine Aufschlüsselung der stationären Krankenhausversorgung – ein Gebiet, auf dem die Verwaltungsakten im Allgemeinen vollständig sind und die nötigen Diagnose- und Patientendaten umfassen.

Abbildung 7.5.1 zeigt die Verteilung der Krankenhausausgaben für die stationäre Versorgung nach sechs Hauptdiagnosekategorien. Die Länder weisen ähnliche Muster auf, wobei Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen sowie psychische und Verhaltensstörungen nahezu 40% der Krankenhausausgaben für die stationäre Versorgung insgesamt ausmachen. Die Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern können von vielen Faktoren beeinflusst werden, darunter die Bevölkerungsstruktur und Erkrankungsmuster sowie institutionelle Regelungen und klinische Richtlinien für die Behandlung der verschiedenen Erkrankungen. Ungarn bringt fast ein Viertel der Krankenhausausgaben für die stationäre Versorgung für die Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen auf; dies ist nicht überraschend, da Ungarn auch die höchste Mortalitätsrate nach ischämischer Herzkrankheit und Schlaganfall aller OECD-Länder aufweist (vgl. Indikator 1.4 „Mortalität durch Herzerkrankung und Schlaganfall"). Die Länder, die geringere Mittel für Herz-Kreislauf-Erkrankungen aufwenden, z.B. Australien und Frankreich, verzeichnen auch niedrigere durch solche Erkrankungen bedingte Mortalitätsraten.

Die beobachteten unterschiedlichen Kostenmuster können demografische Faktoren als Ursache haben. In Abbildung 7.5.2 ist die relative Verteilung der Krankenhausausgaben zwischen drei breiten Altersgruppen dargestellt. Der Anteil der für jede Altersgruppe bereitgestellten Krankenhausausgaben wird im Verhältnis zur Größe der jeweiligen Bevölkerung dargestellt. Erwartungsgemäß verbraucht die Bevölkerung ab 65 Jahre proportional weitaus mehr Krankenhausressourcen als diejenige der Altersgruppe 15-64 Jahre. Australien und Korea verwenden den größten Anteil an Krankenhausausgaben auf die Altenbevölkerung. Die Organisation der Versorgung zwischen den verschiedenen Anbietern von Gesundheitsleistungen, insbesondere für die Altenbevölkerung, ist ein bedeutender Bestimmungsfaktor für die Höhe und den Anteil der zwischen den Altersgruppen verteilten Krankenhausausgaben. So lassen sich die höheren Raten in Korea durch die Nutzung von Akutbetten für die Langzeitpflege erklären (Hurst, 2007).

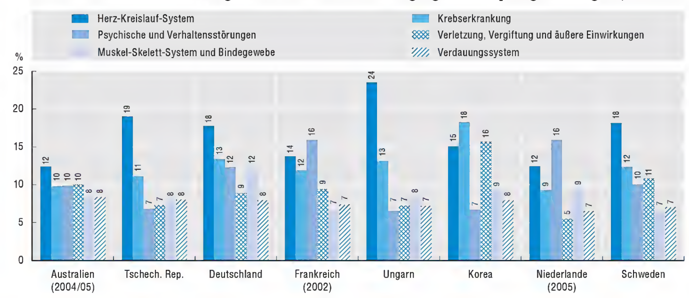
Abbildung 7.5.3 verschafft einen Eindruck der Ausgaben nach Krankenhausfällen für die beiden Krankheitskategorien, auf die der größte Anteil der Krankenhausausgaben für die stationäre Versorgung entfällt: Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebserkrankungen. Bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen weisen Frankreich, Deutschland und Schweden die höchsten Kosten pro Fall auf, während Schweden und Australien bei der Krebsbehandlung die höchsten Werte verzeichnen.

Definition und Abweichungen

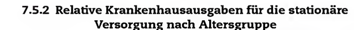
Bei den Ausgaben nach Erkrankung und Alter werden die laufenden Gesundheitsausgaben nach Patientenmerkmalen aufgeschlüsselt. Im Rahmen derzeit konzipierter Leitlinien werden Krankheitskategorien entsprechend der ICD-10 vorgeschlagen (mit einer Aufschlüsselung nach ICD-9). Die Ausgaben sind auch mit einer oder mehreren der Dimensionen des System of Health Accounts – Leistungsart, Anbieter und Finanzierungsträger – verknüpft. Um die Vergleichbarkeit zwischen den Ländern zu gewährleisten, wird eine einheitliche Methode vorgeschlagen, bei der vorrangig eine Top-down-Aufschlüsselung der Ausgaben nach der Hauptdiagnose empfohlen wird.

Die Hauptprobleme hinsichtlich der Vergleichbarkeit beziehen sich auf die Behandlung nicht aufgeschlüsselter und nicht krankheitsspezifischer Ausgaben. Im ersten Fall ist dies auf unzulängliches Datenmaterial zurückzuführen (oft in Bezug auf Ausgaben für ambulante Leistungen und Arzneimittel), und der letztere Fall bezieht sich auf Präventions- und Verwaltungsausgaben. Für aussagekräftige Vergleiche kann ein Teilbereich der Ausgaben verwendet werden, z.B. für die stationäre Versorgung, wo die Verwaltungsakten tendenziell vollständiger sind.

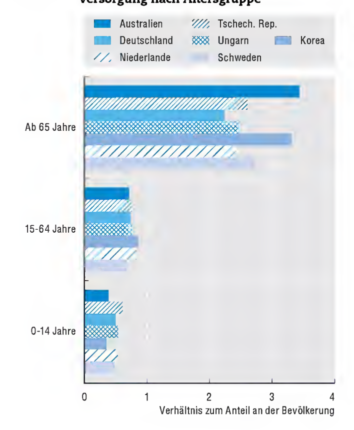
7.5.1 Anteil der Krankenhausausgaben für die stationäre Versorgung nach Hauptdiagnosekategorie, 2006



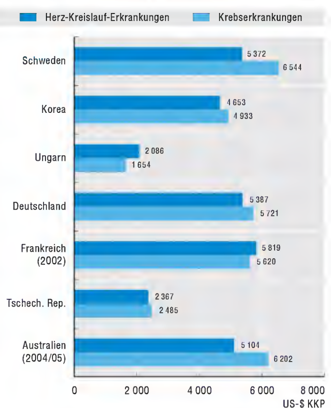
Anmerkung: Bezieht sich auf den Anteil der zugeordneten Ausgaben insgesamt. Tschechische Republik: nur Krankenversicherungsfonds. Deutschland: Krankenhausausgaben insgesamt. Frankreich: kurative Behandlung in Krankenhäusern. Ungarn: Krankenversicherung und bestimmte Ausgaben der nachgeordneten Gebietskörperschaften und des Zentralstaats. Niederlande: kurative Behandlung in allgemeinen und spezialisierten Krankenhäusern.



7.5.2 Relative Krankenhausausgaben für die stationäre Versorgung nach Altersgruppe



7.5.3 Ausgaben je Krankenhausfall nach zwei Diagnosekategorien



Quelle: Australien, Deutschland, Ungarn, Korea und Schweden: OECD (2008), „Estimating Expenditure by Disease, Age and Gender under the System of Health Accounts (SHA) Framework"; Tschechische Republik: unveröffentlichte, vom tschechischen Statistikamt zur Verfügung gestellte Daten, Mai 2009; Frankreich: Fénina *et al.* (2006); Niederlande: Poos *et al.* (2008).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/804631233610

7.6. Finanzierung der Gesundheitsversorgung

Alle OECD-Länder greifen – wenn auch in unterschiedlichem Maße – in der Gesundheitsversorgung auf einen Mix aus öffentlicher und privater Finanzierung zurück. Die öffentliche Finanzierung wird in Ländern, wo die Zentralregierung und/oder nachgeordnete Verwaltungsebenen direkt für die Finanzierung der Gesundheitsleistungen verantwortlich sind (z.B. Spanien und Norwegen) ausschließlich aus staatlichen Einnahmen bestritten. In Ländern mit einer auf dem System der sozialen Sicherung basierenden Finanzierung (z.B. Frankreich und Deutschland) erfolgt sie über allgemeine Staatseinnahmen und Sozialversicherungsbeiträge. Bei der privaten Finanzierung handelt es sich demgegenüber um Selbstzahlungen der privaten Haushalte (entweder direkt oder als Zuzahlungen), Zahlungsvereinbarungen mit Dritten mittels verschiedener Formen der privaten Krankenversicherung, direkte Gesundheitsleistungen der Arbeitgeber, wie betriebliche Gesundheitsversorgung, und sonstige durch karitative oder ähnliche Einrichtungen erbrachte Direktleistungen.

Abbildung 7.6.1 zeigt den Anteil der öffentlichen Finanzierung an den Gesundheitsausgaben der OECD-Länder im Jahr 2007. Der öffentliche Sektor ist in allen OECD-Ländern außer Mexiko und den Vereinigten Staaten die Hauptfinanzierungsquelle der Gesundheitsversorgung. Im Durchschnitt entfielen 2007 auf den öffentlichen Sektor 73% der Gesundheitsausgaben (seit 1990 unverändert). In Luxemburg, der Tschechischen Republik, den nordischen Ländern (außer Finnland), dem Vereinigten Königreich, Japan, Irland und Neuseeland wurden über 80% der Gesundheitsausgaben aus öffentlichen Mitteln finanziert. In den vergangenen Jahrzehnten wurde eine Konvergenz des öffentlichen Anteils der Gesundheitsausgaben unter den OECD-Ländern beobachtet. Viele Länder, die Anfang der 1990er Jahre einen relativ hohen öffentlichen Ausgabenanteil aufwiesen, wie Polen und Ungarn, haben ihren Anteil verringert, wohingegen andere Länder, in denen er in der Vergangenheit relativ niedrig war (z.B. in Portugal und der Türkei), bedingt durch Gesundheitsreformen und Ausdehnungen des öffentlichen Krankenversicherungsschutzes, ihren öffentlichen Anteil erhöht haben.

Aus der Tatsache, dass das Gesundheitssystem in den meisten Ländern mehrheitlich aus öffentlichen Mitteln finanziert wird, sollte nicht geschlossen werden, dass der öffentliche Sektor in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung vorherrschend ist. In Abbildung 7.6.2 ist der Anteil der öffentlichen Finanzierung für verschiedene Arten von Gesundheitsleistungen und medizinischen Waren dargestellt. Der öffentliche Sektor kommt zwar in den meisten Ländern weiterhin für den Großteil der Gesundheitsleistungen auf (im Durchschnitt trägt er 78%); wird dieser Posten jedoch weiter aufgeschlüsselt, zeigt sich, dass die private Finanzierung bei den ambulanten Leistungen eine zunehmend wichtige Rolle spielt (Orosz und Morgan, 2004), insbesondere bei zahnärztlichen Behandlungen, wo etwa zwei Drittel der Ausgaben aus privaten Quellen stammen. Bei der Finanzierung medizinischer Waren spielen private Finanzierungsquellen ebenfalls eine wichtige Rolle, insbesondere in Mexiko, Kanada, den Vereinigten Staaten und Polen.

Umfang und Zusammensetzung der privaten Finanzierung sämtlicher Gesundheitsleistungen und -waren variieren erheblich im Ländervergleich. Im Durchschnitt handelt es sich bei über zwei Dritteln der privat finanzierten Gesundheitsausgaben um Selbstzahlungen (einschließlich der Kostenteilungsvereinbarungen) (Colombo und Morgan, 2006). In einigen mittel- und osteuropäischen Ländern steht angesichts der Praxis informeller Zuzahlungen zu vermuten, dass das Niveau der Selbstzahlungen zu niedrig ausgewiesen wird. Auf die private Krankenversicherung entfallen im Durchschnitt der OECD-Länder etwa 5-6% der gesamten Gesundheitsausgaben (Abbildung 7.6.3). In manchen Ländern spielt sie bei der Finanzierung eine erhebliche Rolle. Sie bietet bestimmten Bevölkerungsgruppen in Deutschland und einem größeren Teil der Bevölkerung jüngeren und mittleren Alters in den Vereinigten Staaten, wo die private Krankenversicherung 35% der Gesundheitsausgaben trägt, einen Primärversicherungsschutz. In Frankreich und Kanada deckt die private Krankenversicherung 13% der Gesamtkosten, dient aber als zusätzlicher bzw. ergänzender Schutz in einem öffentlichen System mit universellem Zugang (vgl. Indikator 6.2).

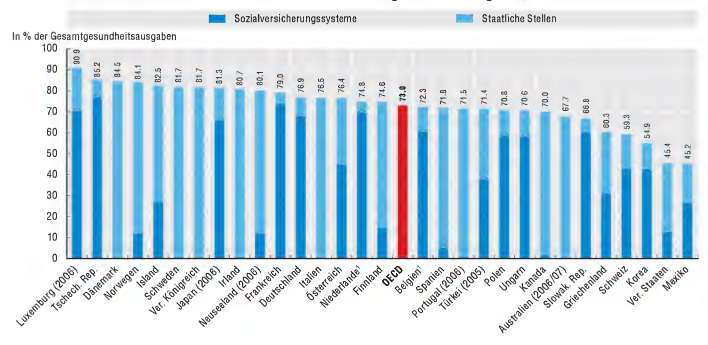
In mehreren Ländern, darunter den Niederlanden und Frankreich, machten Selbstzahlungen im Jahr 2007 weniger als 2% des Gesamtkonsums der privaten Haushalte aus, während in der Schweiz über 6% des Gesamtverbrauchs der privaten Haushalte auf diese Ausgaben entfielen. In Korea und Mexiko betrug der Anteil 4-5%, und die Vereinigten Staaten lagen mit einem Selbstzahlungsanteil von fast 3% des Konsums nahe am OECD-Durchschnitt.

Definition und Abweichungen

Bei der Finanzierung der Gesundheitsversorgung sind drei Elemente zu unterscheiden: Finanzierungsquellen (Privathaushalte, Arbeitgeber und Staat), die Finanzierungssysteme (Pflichtversicherung oder freiwillige Versicherung) und die Finanzierungsträger (für die Verwaltung der Finanzierungssysteme zuständige Organisationen). Im vorliegenden Text wird der Begriff „Finanzierung" im Sinne der Finanzierungssysteme verwendet, wie sie im System der Gesundheitsausgabenrechnungen (*System of Health Accounts*) definiert sind. Zu den öffentlichen Mitteln zählen allgemeine Staatseinnahmen sowie Sozialversicherungsmittel. Die private Finanzierung umfasst Selbstzahlungen der privaten Haushalte, private Krankenversicherungen und sonstige private Mittel (NRO und Privatunternehmen).

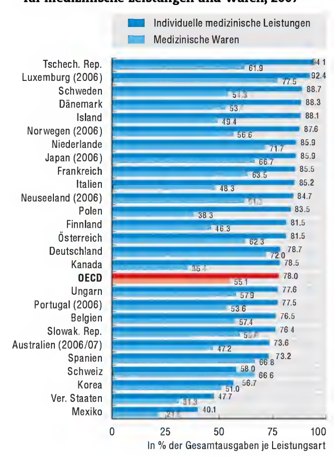
Selbstzahlungen sind Ausgaben, die vom Patienten direkt getragen werden. Abgesehen von Kostenbeteiligungen werden unter diesem Posten in einigen Ländern auch die geschätzten informellen Zahlungen an Anbieter von Gesundheitsleistungen erfasst.

7.6.1 Öffentlicher Anteil an den Gesamtgesundheitsausgaben, 2007

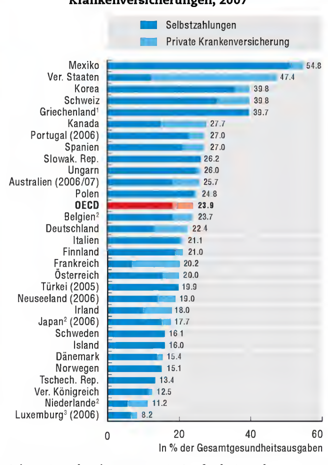


1. Anteil an den laufenden Gesundheitsausgaben.

7.6.2 Öffentlicher Anteil an den Ausgaben für medizinische Leistungen und Waren, 2007



7.6.3 Selbstzahlungen und Ausgaben der privaten Krankenversicherungen, 2007



1. Private Ausgaben insgesamt. 2. Laufende Ausgaben.
3. Nur Kostenbeteiligungen.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2009.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/804644274744

7.7. Handel mit Gesundheitsleistungen (Medizintourismus)

Dem internationalen Handel mit Gesundheitsleistungen und einer seiner Hauptkomponenten, dem Medizintourismus, gilt zunehmend das Interesse von Analysten des Gesundheitswesens, der Ärzteschaft, der politischen Entscheidungsträger im Gesundheitsbereich und der Stellen für Handels- und Fremdenverkehrsförderung. Bei den bisherigen Beratungen über die Möglichkeiten und Gefahren dieser Art von Handel stand zur Information nur relativ wenig Datenmaterial zur Verfügung.

Die einzige durchaus vergleichbare und auf breiter Basis übermittelte Messgröße des Handels mit Gesundheitsleistungen ist der Zahlungsbilanzposten „Reiseverkehr im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen“. Hierbei handelt es sich defintionsgemäß um „Güter und Dienstleistungen, die von Personen erworben werden, die aus medizinischen Gründen ins Ausland reisen“. Mit dieser Definition ist der Begriff Medizintourismus relativ gut beschrieben. Dem Konzept sind jedoch insofern Grenzen gesetzt, als die Gesundheitsausgaben von Personen nicht mit eingeschlossen sind, die aus anderen Beweggründen eine Auslandsreise unternehmen, bei der sie unvorhergesehen gezwungen sind, medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen. Ausgeklammert bleiben auch Gesundheitsleistungen, die grenzüberschreitend erbracht werden, wie z.B. medizinische Laborleistungen und Telemedizin, oder die Erbringung von Gesundheitsleistungen durch medizinisches Personal, das sich befristet im Ausland aufhält. Handelsbilanzmäßig ausgedrückt exportiert ein Bericht erstattendes Land eine mit ärztlichen Leistungen verbundene Reise, wenn ein inländischer Anbieter für gebietsfremde Personen medizinische Leistungen erbringt, die das Land aus Gesundheitsgründen besuchen. Analog importiert ein Bericht erstattendes Land, wenn seine Gebietsansässigen von gebietsfremden Anbietern im Ausland medizinische Leistungen erwerben.

Die Daten zeigen für rund die Hälfte der OECD-Länder, dass das Gesamtvolumen der Exporte und Importe mit ärztlichen Leistungen verbundener Reisen 2007 jeweils etwa 5 Mrd. US-$ betrug. Auf Grund von Definitions- und Messproblemen ist das Volumen jedoch erheblich unterschätzt. Gleichwohl steht fest, dass der Medizintourismus im Verhältnis zur Größe des Gesundheitssektors insgesamt gesehen für die meisten Länder zwar unerheblich, aber im Steigen begriffen ist. Im Falle Deutschlands beträgt der Anteil der mit ärztlichen Leistungen verbundenen Reiseimporte den übermittelten Daten zufolge 0,5% der laufenden Gesundheitsausgaben Deutschlands. Im Zeitraum 2004-2007 erhöhten sich diese Importe jedoch um durchschnittlich 13% pro Jahr.

Die Vereinigten Staaten sind mit Abstand der größte Exporteur, denn sie hatten den übermittelten Daten zufolge 2007 ein Exportvolumen von etwa 2,3 Mrd. US-$. (Abbildung 7.7.1). Die Tschechische Republik, die Türkei, Belgien sowie Mexiko exportierten jeweils im Wert von über 300 Mio. US-$. 21 OECD-Länder hatten ihren Angaben zufolge ein Importvolumen von insgesamt 4,6 Mrd. US-$, die meisten in Form medizinisch begründeter Reisen laut Zahlungsbilanzdaten und einige auf der Basis des weiter gefassten Konzepts der Gesundheitsleistungsimporte der SHA-Datensammlung (Abbildung 7.7.2). Unter diesen Ländern ist Deutschland der mit Abstand größte Importeur, dessen Importvolumen sich den übermittelten Daten zufolge 2007 auf etwa 1,5 Mrd. US-$ belief. Die Importe der Vereinigten Staaten und der Niederlande betrugen den Angaben zufolge über 600 Mio. US-$, und die Kanadas und Belgiens über 300 Mio. US-$. Die Wachstumsrate der OECD-Importe medizinisch begründeter Reisen lag weit über der der Exporte, was auf das zunehmende Gewicht der Gesundheitsleistungsexporte der Nicht-OECD-Länder hindeutet (Abbildungen 7.7.3 und 7.7.4).

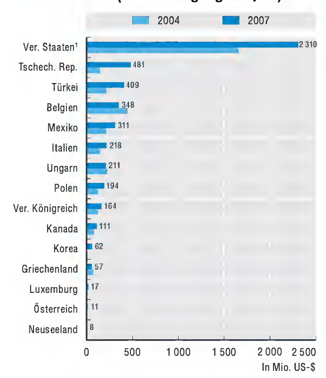
Trotz der steigenden Zahlen amerikanischer Staatsangehöriger, die sich im Ausland behandeln lassen, sind die Vereinigten Staaten nach wie vor Nettoexporteur medizinischer Leistungen – mit einem Überschuss von 1,7 Mrd. US-$ im Jahr 2007. In diesem Exportvolumen mit eingerechnet sind Reisende, die während ihres Aufenthalts in den Vereinigten Staaten erkranken (eine weiter gefasste Definition als die in anderen Ländern verwendete), sowie internationale Besucher, in erster Linie aus dem Nahen Osten, Südamerika und Kanada, die eigens zum Zweck ärztlicher Behandlung einreisen. Dieser ausschließlich medizinisch begründete Reiseverkehr kann unterschiedliche Motive haben. Einige medizinische Einrichtungen betreiben beispielsweise aktiv die Vermarktung ihrer Leistungen bei zahlungskräftigen Kunden aus den aufstrebenden Volkswirtschaften, die in die Vereinigten Staaten kommen, um dort qualitativ hochwertige fachärztliche Leistungen oder Leistungen in Anspruch zu nehmen, die in ihren Heimatländern nicht verfügbar sind. Manche Medizintouristen wollen vielleicht auch die langen Wartezeiten in ihren Heimatländern vermeiden. Andere verbinden vielleicht ihre Geschäfts- oder Freizeitreise mit der Inanspruchnahme notwendiger fachärztlicher Leistungen. Interessanterweise verlangsamte sich der Anstieg der Exporte 2007, was zum Teil auf die Zunahme der von US-amerikanischen medizinischen Einrichtungen im Ausland errichteten privaten Krankenhäuser zurückzuführen ist (USITC, 2009).

Definition und Abweichungen

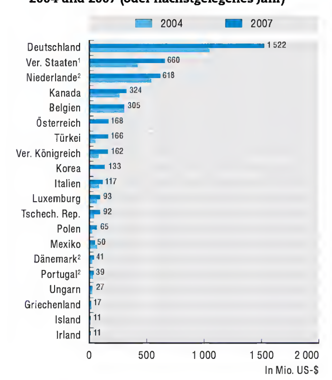
Dem *Manual on Statistics of International Trade in Services* (Handbuch Statistik des internationalen Dienstleistungshandels) zufolge handelt es sich bei dem Begriff „Reiseverkehr im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen“ („Health-related travel“) definitionsgemäß um „Güter und Dienstleistungen, die von Personen erworben werden, die aus medizinischen Gründen ins Ausland reisen“. Im Rahmen der Zahlungsbilanz bezieht sich der Begriff Handel auf Transaktionen mit Gütern und Dienstleistungen zwischen Gebietsansässigen und Gebietsfremden einer Volkswirtschaft.

Das System der Gesundheitsausgabenrechnungen (*System of Health Accounts*) schließt Importe in die laufenden Gesundheitsausgaben mit ein und definiert sie als für den Endverbrauch bestimmte Importe medizinischer Leistungen und Waren. Unter diesen ist zurzeit der Erwerb medizinischer Dienstleistungen und Waren durch Gebietsansässige während eines Auslandsaufenthalts wertmäßig am bedeutendsten. Dieser Handel wird zurzeit von vielen der nach dem System der Gesundheitsausgabenrechnungen (SHA) Bericht erstattenden Länder unzulänglich belegt.

7.7.1 Exporte medizinisch begründeter Reisen, 2004 und 2007 (oder nächstgelegenes Jahr)

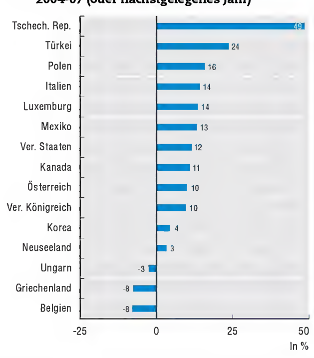


7.7.2 Importe medizinisch begründeter Reisen, 2004 und 2007 (oder nächstgelegenes Jahr)

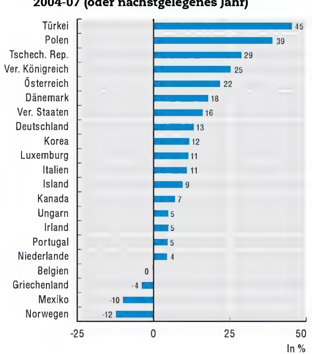


1. Von Patienten im Ausland finanzierte Behandlungskosten (BEA). 2. SHA-Importkonzept.

7.7.3 Jahresdurchschnittliche Wachstumsrate der Exporte medizinisch begründeter Reisen, 2004-07 (oder nächstgelegenes Jahr)



7.7.4 Jahresdurchschnittliche Wachstumsrate der Importe medizinisch begründeter Reisen, 2004-07 (oder nächstgelegenes Jahr)



Anmerkung: Medizinisch begründete Reisen werden exportiert, wenn inländische Anbieter für Gebietsfremde medizinische Leistungen erbringen, die aus medizinischen Gründen reisen.

Quelle: *OECD Statistics on International Trade in Services, IWF-Zahlungsbilanzstatistik, OECD System of Health Accounts.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/804672124760

Literaturverzeichnis

AAMC – Association of American Medical Colleges (2008), *The Complexities of Physician Supply and Demand: Projections through 2025*, Center for Workforce Studies, November.

Academy Health (2004), *Glossary of Terms Commonly Used in Health Care*, Ausgabe 2004, Washington DC.

ADA – American Diabetes Association (2008), "Economic Costs of Diabetes in the US in 2007", *Diabetes Care*, Vol. 31, No. 3, S. 596-615.

AHRQ – Agency for Healthcare Research and Quality (2006), *Hospital and Ambulatory Surgery Care for Women's Cancers: HCUP Highlight*, No. 2, Rockville, MD.

AHRQ (2007a), AHRQ *Quality Indicators. Guide to Patient Safety Indicators. Version 3.1* (12. März 2007), *www.qualityindicators.ahrq.gov/downloads/psi/psi_guide_v31.pdf*.

AHRQ (2007b), *Guide to Prevention Quality Indicators: Hospital Admissions for Ambulatory Care Sensitive Conditions*, Rockville, MD.

AHRQ (2008a), *2007 National Healthcare Disparities Report*, Rockville, MD.

AHRQ (2008b), *2007 National Healthcare Quality Report*, Rockville, MD.

AHRQ (2009), *Preventable Hospitalizations: Overview*, *www.ahrq.gov/data/hcup/factbk5/factbk5b.htm*.

AIHW – Australian Institute of Health and Welfare (2005), *Health System Expenditure on Disease and Injury in Australia 2000-01*, Zweite Ausgabe, Canberra.

AIHW (2008a), *Breast Screen Australia Monitoring Report 2004-2005*, Canberra.

AIHW (2008b), *Mental Health Services in Australia 2005-06*, Canberra.

AIHW (2008c), *Rural, Regional and Remote Health: Indicators of Health System Performance*, Canberra.

AIHW (2008d), *Diabetes: Australian Facts 2008*, Canberra.

AIHW (2008e), *A Set of Performance Indicators across the Health and Aged Care System*, Canberra.

Aiken, L. und R. Cheung (2008), "Nurse Workforce Challenges in the United States: Implications for Policy", *OECD Health Working Paper*, No. 35, OECD Publishing, Paris, Oktober.

ALA – American Lung Association (2009), "Trends in Chronic Bronchitis and Emphysema: Morbidity and Mortality", *www.lungusa.org/site/c.dvLUK9O0E/b.252866/k.A435/COPD_Fact_Sheet.htm*, Internetzugriff am 20. August 2009.

Allin, S. (2006), "Equity in the Use of Health Services in Canada and its Provinces", *LSE Health Working Paper*, No. 3/2006, London School of Economics and Political Science, London.

Anderson, G.F. und B.K. Frogner (2008), "Health Spending in OECD Countries: Obtaining Value per Dollar", *Health Affairs*, Vol. 27, No. 6, S. 1718-1726.

Antonazzo, E. *et al.* (2003), "The Labour Market for Nursing: A Review of the Labour Supply Literature", *Health Economics*, Vol. 12, S. 465-478.

Arah, O. *et al.* (2006), "A Conceptual Framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project", *InternationalJournal for Quality in Health Care*, Vol. 18, Supplement 1, S. 5-13.

Baker, L., S.W. Atlas und C.C. Afendulis (2008), "Expanded Use of Imaging Technology and the Challenge of Measuring Value", *Health Affairs*, Vol. 27, No. 6, S. 1467-1478.

Banthin, J.S., P. Cunningham und D.M. Bernard (2008), "Financial Burden of Health Care, 2001-2004", *Health Affairs*, Vol. 27, S. 188-195.

Beck, L.F., A.M. Dellinger und M.E. O'Neil (2007), "Motor Vehicle Crash Injury Rates by Mode of Travel, United States: Using Exposure-based Methods to Quantify Differences", *American Journal of Epidemiology*, Vol. 166, S. 212-218.

Belizán, J.M. *et al.* (1999), "Rates and Implications of Caesarean Sections in Latin America: Ecological Analysis", *BMJ*, Vol. 319, S. 1397-1400.

Bellanger, M. und Z. Or (2008), "What Can We Learn From a Cross-Country Comparison of the Costs of Child Delivery?", *Health Economics*, Vol. 17, S. S47-S57.

Bennett, J. (2003), "Investment in Population Health in Five OECD Countries", *OECD Health Working Paper*, No. 2, OECD Publishing, Paris.

Bewley, S. und J. Cockburn (2002), "The Unethics of 'Request' Caesarean Section", *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, Vol. 109, S. 593-596.

Blendon, R. *et al.* (2002), "Inequalities in Health Care: A Five-Country Survey", *Health Affairs*, Vol. 21, S. 182-191.

BOLD Collaborative Research Group (2007), "International Variation in the Prevalence of COPD (The BOLD Study): A Population-Based Prevalence Study", *The Lancet*, Vol. 370, S. 741-750.

Bourgueil, Y., A. Marek und J. Mousquès (2006), "Vers une coopération entre médecins et infirmières – l'apport d'expériences européennes et canadiennes", DREES, Série études, No. 57, März.

Brandt, N. (2008), "Moving Towards More Sustainable Healthcare Financing in Germany", *OECD Economics Department Working Paper*, No. 612, OECD Publishing, Paris.

Brown, M.L. *et al.* (2002), "Estimating Health Care Costs Related to Cancer Treatment from SEER-Medicare Data", *Medical Care*, Vol. 40, No. 8, S. IV-104-117.

Burns, A., D. van der Mensbrugghe und H. Timmer (2008), *Evaluating the Economic Consequences of Avian Influenza*, Weltbank, Washington.

Busse, R. und A. Riesberg (2004), *Health Care Systems in Transition: Germany*, WHO-Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, Kopenhagen.

Cartera, K.N. *et al.* (2007), "Improved Survival after Stroke: Is Admission to Hospital the Major Explanation? Trend Analyses of the Auckland Regional Community Stroke Studies", *Cerebrovascular Diseases*, Vol. 23, S. 162-168.

Cash, R. und P. Ulmann (2008), "Projet OCDE sur la migration des professionnels de santé : Le cas de la France" (OECD project on the migration of health professionals: The case of France), *OECD Health Working Paper*, No. 36, OECD Publishing, Paris, Oktober.

Castoro, C. *et al.* (2007), *Policy Brief-Day Surgery: Making it Happen*, Weltgesundheitsorganisation im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, Kopenhagen.

CCCG – Colorectal Cancer Collaborative Group (2000), "Palliative Chemotherapy for Advanced Colorectal Cancer: Systematic Review and Meta-analysis", *British Medical Journal*, Vol. 321, S. 531-535.

CDC – Centers for Disease Control and Prevention (2008), *Factsheet: HIV/AIDS in the United States*, US National Center for Health Statistics.

CDC (2009a), "Births: Preliminary Data for 2007", *National Vital Statistics Reports*, Vol. 57, No. 11, US National Center for Health Statistics.

CDC (2009b), "Key Facts About Seasonal Influenza (Flu)", *www.cdc.gov/flu/keyfacts.htm*, Internetzugriff am 20. August 2009.

Ceia, F. *et al.* (2002), "Prevalence of Chronic Heart Failure in South-Western Europe: The EPICA Study", *European Journal of Heart Failure*, Vol. 4, S. 531-539.

Chaloff, J. (2008), "Mismatches in the Formal Sector, Expansion of the Informal Sector: Immigration of Health Professionals to Italy", *OECD Health Working Paper*, No. 34, OECD Publishing, Paris.

Chiha, Y.A. und C.R. Link (2003), "The Shortage of Registered Nurses and Some New Estimates of the Effects of Wages on Registered Nurses Labour Supply: A Look at the Past and a Preview of the 21st Century", *Health Policy*, Vol. 64, S. 349-375.

CIBIS-II Investigators and Committees (1999), "The Cardiac Insufficiency Bisoprolol Study II (CIBIS-II): A Randomised Trial", *The Lancet*, Vol. 353, S. 9-13.

CIHI – Canadian Institute for Health Information (2005), *Geographic Distribution of Physicians in Canada: Beyond How Many and Where*, Ottawa.

CIHI (2007), "Trends in Acute Inpatient Hospitalisations and Day Surgery Visits in Canada, 1995-1996 to 2005-2006", *Analysis in Brief*, Ottawa.

CIHI (2008a), *Medical Imaging in Canada*, 2007, Ottawa.

CIHI (2008b), *Workforce Trends of Pharmacists for Selected Provinces and Territories in Canada*, 2007, Ottawa.

CIHI (2009), *Health Indicators* 2009, Ottawa.

Cleland, J.G. *et al.* (2003), "The EuroHeart Failure Survey Programme: A Survey on the Quality of Care among Patients with Heart Failure in Europe. Part 1: Patient Characteristics and Diagnosis", *European Heart Journal*, Vol. 24, No. 5, S. 442-463.

Cole, T.J. *et al.* (2000), "Establishing a Standard Definition for Child Overweight and Obesity Worldwide: International Survey", *British Medical Journal*, Vol. 320, S. 1-6.

Coleman, M.P. *et al.* (2008), "Cancer Survival in Five Continents: A Worldwide Population-Based Study (CONCORD)", *Lancet Oncol*, Vol. 9, S. 730-756.

Colombo, F. und D. Morgan (2006), "Evolution of Health Expenditure in OECD Countries", *Revue française des affaires sociales*, April-September.

Commonwealth Fund (2008), *National Scorecard on US Health System Performance*, 2008, Chartpack, Commonwealth Fund, New York.

Couture, M.C. *et al.* (2008), "Inequalities in Breast and Cervical Cancer Screening among Urban Mexican Women", *Preventive Medicine*, Vol. 47, S. 471-476.

Currie, C. *et al.* (Hrsg.) (2000), *Health and Health Behaviour among Young People (1997/98)*, WHO-Regionalbüro für Europa, Kopenhagen.

Currie, C. *et al.* (Hrsg.) (2004), *Young People's Health in Context: International Report from the HBSC 2001/2002 Survey*, WHO-Regionalbüro für Europa, Kopenhagen.

Currie, C. *et al.* (Hrsg.) (2008), *Inequalities in Young People's Health: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) International Report from the 2005/2006 Survey*, WHO-Regionalbüro für Europa, Kopenhagen.

Cutler, D. und E.L. Glaeser (2006), "Why do Europeans Smoke More Than Americans?", *Working Paper*, No. 12124, National Bureau of Economic Research, Cambridge, MA.

Dartmouth Atlas of Health Care (2005), "Studies of Surgical Variation, Cardiac Surgery Report", *www.dartmouthatlas.org/index.shtm*.

Davies, M. *et al.* (2001), "Prevalence of Left-Ventricular Systolic Dysfunction and Heart Failure in the Echocardiographic Heart of England Screening Study: A Population-Based Study", *The Lancet*, Vol. 358, S. 439-444.

Davis, K. *et al.* (2007), "Mirror, Mirror on the Wall: An International Update on the Comparative Performance of American Health Care", Commonwealth Fund, New York.

De Graeve, D. und T. Van Ourti (2003), "The Distributional Impact of Health Financing in Europe: A Review", *The World Economy*, Vol. 26, S. 459-1479.

de Looper, M. und G. Lafortune (2009), "Measuring Disparities in Health Status and in Access and Use of Health Care in OECD Countries", *OECD Health Working Paper*, No. 43, OECD Publishing, Paris, März.

Declercq, E., F. Menacker und M. Macdorman (2005), "Rise in 'No Indicated Risk' Primary Caesareans in the United States, 1991-2001: Cross Sectional Analysis", *British Medical Journal*, Vol. 330, S. 71-72.

Department of Health and Children (2001), "National Health Strategy: Quality and Fairness – A Health System for You", Stationery Office, Dublin.

Di Mario, S. *et al.* (2005), *What is the Effectiveness of Antenatal Care? (Supplement)*, WHO-Regionalbüro für Europa (Health Evidence Network Report), Kopenhagen.

Diabetes Control and Complications Trial Research Group (1996), "Lifetime Benefits and Costs of Intensive Therapy as Practiced in the Diabetes Control and Complications Trial", *Journal of the American Medical Association*, Vol. 276, S. 725-734.

DREES – Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (2007), "Les chirurgiens-dentistes en France", *Études et résultats*, No. 594, Paris, September.

DREES (2008), "Les médecins – Estimations au 1er janvier 2008", Document de travail, No. 127, Paris.

DREES (2009), "La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales", *Études et résultats*, No. 679, Februar.

Drösler, S.E. (2008), "Facilitating Cross-National Comparisons of Indicators for Patient Safety at the Health-System Level in the OECD Countries", *OECD Health Technical Paper*, No. 19, OECD Publishing, Paris.

Drösler, S.E. *et al.* (2009a), "Application of Patient Safety Indicators Internationally: A Pilot Study among Seven Countries", *International Journal of Quality in Health Care*, Vol. 21, S. 272-278.

Drösler, S.E. *et al.* (2009b), "Health Care Quality Indicators Project, Patient Safety Indicators Report 2009", *OECD Health Working Paper*, erscheint demnächst, OECD Publishing, Paris.

Dumont, J.C., P. Zurn, J. Church und C. Le Thi (2008), "International Mobility of Health Professionals and Health Workforce Management in Canada: Myths and Realities", *OECD Health Working Paper*, No. 40, OECD Publishing, Paris.

Eagle, K.A. *et al.* (2005), "Guideline-Based Standardized Care is Associated with Substantially Lower Mortality in Medicare Patients with Acute Myocardial Infarction: The American College of Cardiology's Guidelines Applied in Practice (GAP)", *J Am Coll Cardiol*, Vol. 46, S. 1242-1248.

Ebihara, S. (2007), "More Doctors Needed Before Boosting Clinical Research in Japan", *The Lancet*, Vol. 369, No. 9579, S. 2076.

ECDC (Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten) und WHO-Regionalbüro für Europa (2008), *HIV/AIDS Surveillance in Europe* 2007, Stockholm.

Eder, W., M. Ege und E. von Mutius (2006), "The Asthma Epidemic", *NEJM*, Vol. 355, No. 21, S. 2226-2235.

ETSC – European Transport Safety Council (2003), *Transport Safety Performance in the EU: A Statistical Overview*, Brüssel.

Eurobarometer (2006), "Mental Well-being, Special Eurobarometer 248/Wave 64.4", Mai.

EUROCARE Working Group (2007), "Trends in Cervical Cancer Survival in Europe, 1983-1994: A Population-Based Study", *Gynecologic Oncology*, Vol. 105, No. 3, S. 609-619.

Europäische Kommission (2006), *European Guidelines for Quality Assurance in Breast Cancer Screening and Diagnosis*, 4. Auflage, Luxemburg.

Europäische Kommission (2008a), *Hospital Data Project Phase* 2, Final Report, Luxemburg, November.

Europäische Kommission (2008b), *Major and Chronic Diseases*, Bericht 2007, GD Gesundheit und Verbraucher, Luxemburg.

Europäische Kommission (2008c), *European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening*, 2. Auflage, Luxemburg.

Europäische Union (2003), "Empfehlung des Rates vom 2. Dezember 2003 zur Krebsfrüherkennung (2003/879/EC)", *Amtsblatt der Europäischen Union*, L327, Vol. 46, 16. Dezember 2003, S. 34-38.

Euro-Peristat (2008), *European Perinatal Health Report*, 2008, Luxemburg.

Faivre-Finn, C. *et al.* (2002), "Colon Cancer in France: Evidence for Improvement in Management and Survival", *Gut*, Vol. 51, No. 1, S. 60-64.

Fedorowicz, Z., D. Lawrence und P. Gutierrez (2004), "Day Care *versus* In-patient Surgery for Age-related Cataract", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Vol. 25, No. CD004242.

Fénina, A. *et al.* (2006), "Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France", *Questions d'économie de la santé*, No. 111, Juli.

Fénina, A., Y. Geffroy und M. Duée (2008), "Comptes nationaux de la santé, 2007", Document de travail, Série statistiques, No. 126, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Paris, September.

Feuer, E.J. *et al.* (2003), "The Lifetime Risk of Developing Breast Cancer", *www.srab.cancer.gov/devcan/report1.pdf*.

FHF – Fédération hospitalière de France (2008), Étude sur les césariennes, Paris.

Foresight (2007), "Tackling Obesities: Future Choices", Government Office for Science, *www.foresight.gov.uk/Obesity/17.pdf*.

Fox, K.A.A. *et al.* (2007), "Declines in Rates of Death and Heart Failure in Acute Coronary Syndromes, 1999-2006", *JAMA*, Vol. 297, No. 17, S. 1892-1900.

Fujisawa, R. und G. Lafortune (2008), "The Remuneration of General Practitioners and Specialists in 14 OECD Countries: What are the Factors Explaining Variations Across Countries", OECD *Health Working Paper*, No. 41, OECD Publishing, Dezember.

Gakidou, E., S. Nordhagen und Z. Obermeyer (2008), "Coverage of Cervical Cancer Screening in 57 Countries: Low Average Levels and Large Inequalities", *PLoS Medicine*, Vol. 5, No. 6, S. 0863-0868.

Garcia Armesto, S., M.L. Gil Lapetra, L. Wei und E. Kelley *et al.* (2007), "Health Care Quality Indicators Project 2006 Data Collection Update Report", *OECD Health Working Paper*, No. 29, OECD Publishing, Paris.

Garcia Armesto, S., H. Medeiros und L. Wei (2008), "Information Availability for Measuring and Comparing Quality of Mental Health Care across OECD Countries", *OECD Health Technical Paper*, No. 20, OECD Publishing, Paris.

Gatta, G., M.B. Lasota, A. Verdecchia und die EUROCARE Working Group (1998), "Survival of European Women with Gynaecological Tumours, during the Period 1978-1989", *European Journal of Cancer*, Vol. 34, No. 14, S. 2218-2225.

Gatta, G. *et al.* (2000), "Toward a Comparison of Survival in American and European Cancer Patients", *Cancer*, Vol. 89, No. 4, S. 893-900.

Gil, M., J. Marrugat und J. Sala (1999), "Relationship of Therapeutic Improvements and 28-day Case Fatality in Patients Hospitalized with Acute Myocardial Infarction between 1978 and 1993 in the REGICOR Study, Gerona, Spain", *Circulation*, Vol. 99, S. 1767-1773.

Goldberg, R.J., J. Yaerzebski und D. Lessard (1999), "A Two-decades (1975 to 1995) Long Experience in the Incidence, In-hospital and Long-term Case-fatality Rates of Acute Myocardial Infarction: A Community-wide Perspective", *Journal of the American College of Cardiology*, Vol. 33, S. 1533-1539.

Govindarajan, A. *et al.* (2006), "Population-based Assessment of the Surgical Management of Locally Advanced Colorectal Cancer", *Journal of the National Cancer Institute*, Vol. 98, S. 1474-1481.

Greenfield, S., A. Nicolucci und S. Mattke (2004), "Selecting Indicators for the Quality of Diabetes Care at the Health Systems Level in OERCD Countries", OECD *Health Technical Paper*, No. 15, OECD Publishing, Paris.

Hacke, W. *et al.* (1995), "Intravenous Thrombolysis with Recombinant Tissue Plasminogen Activator for Acute Hemispheric Stroke. The European Co-operative Acute Stroke Study (ECASS)", *Journal of the American Medical Association*, Vol. 274, No. 13, S. 1017-1025.

Haffner, S.M. (2000), "Coronary Heart Disease in Patients with Diabetes", *New England Journal of Medicine*, Vol. 342, S. 1040-1042.

Hajjar, I., J.M. Kotchen und T.A. Kotchen (2006), "Hypertension: Trends in Prevalence, Incidence, and Control", *Annual Review of Public Health*, Vol. 27, S. 465-490.

Hallal, P.C. *et al.* (2006), "Adolescent Physical Activity and Health: A Systematic Review", *Sports Medicine*, Vol. 36, No. 12, S. 1019-1030.

Harper, D.M. *et al.* (2006), "Sustained Efficacy up to 4-5 Years of a Bivalent L1 Virus-like Particle Vaccine against Human Papillomavirus Types 16 and 18: Follow-up from Randomised Control Trial", *The Lancet*, Vol. 367, S. 1247-1255.

Hasselhorn, H.M., B.H. Muller und G.P. Tackenber (2005), *NEXT Scientific Report*, Universität Wuppertal, Wuppertal.

Hawton, K. und K. van Heeringen (2009), "Suicide", *The Lancet*, Vol. 373, S. 1373-1381.

Heijink, R., M.A. Koopmanschap und J.J. Polder (2006), *International Comparison of Cost of Illness*, RIVM, Bilthoven.

Hermann, R., S. Mattke *et al.* (2004), "Selecting Indicators for the Quality of Mental Health Care at the Health Systems Level in OECD Countries", OECD *Health Technical Paper*, No. 17, OECD Publishing, Paris.

HHS – Health and Human Services (2004), *The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General*, DHHS, Washington DC.

HHS Office of Health Reform (2009), "Health Disparities: A Case for Closing the Gap", US Department of Health and Human Services, *www.healthreform.gov*.

Hisashige, A. (1992), "The Introduction and Evaluation of MRI in Japan", *International Society for Technology Assessment in Health Care*, Vol. 3, No. 126.

Hockley, T. und M. Gemmill (2007), *European Cholesterol Guidelines Report*, Policy Analysis Centre, London School of Economics, London.

Hoffman, C., D. Rowland und E.C. Hamel (2005), *Medical Debt and Access to Health Care*, Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, Washington, September.

HRSA – Health Resources and Services Administration (2004), *What is behind HRSA's Projected Supply, Demand and Shortage of Registered Nurses?*, Rockville, MD.

Huang, C.M. (2008), "Human Papillomavirus and Vaccination", *Mayo Clinic Proceedings*, Vol. 83, No. 6, S. 701-707.

Huber, M., A. Stanicole, J. Bremner und K. Wahlbeck (2008), *Quality in and Equality of Access to Healthcare Services*, Europäische Kommission, GD Beschäftigung, soziale Angelegenheiten und Chancengleichheit, Luxemburg.

Hurst, J. (2007), "Towards a Sustainable Health and Long-term Care Policy", *Facing the Future: Korea's Family, Pension and Health Policy Challenges*, OECD Publishing, Paris.

IARC – International Agency for Research on Cancer (2004), "GLOBOCAN 2002: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide", *IARC CancerBase*, No. 5, Version 2.0, IARC Press, Lyon.

IARC (2008), *World Cancer Report* 2008, IARC Press, Lyon.

IDF – International Diabetes Federation (2006), *Diabetes Atlas*, 3. Auflage, Brüssel.

IDF (2009), *Diabetes Atlas*, 4. Auflage, Brüssel.

IHE – Institute of Health Economics (2008), *Determinants and Prevention of Low Birth Weight: A Synopsis of the Evidence*, Alberta, Kanada.

IMA-AIM – Intermutualistisch Agentschap (2009), "Programma Borstkankerscreening, Vergelijking van de Eerste Drie Rondes, 2001-2002, 2003-2004 en 2005-2006", Brüssel.

Institute of Alcohol Studies (2007), "Binge Drinking-Nature, Prevalence and Causes", *IAS Fact Sheet*, *www.ias.org.uk/resources/factsheets/binge_drinking.pdf*.

Institute of Cancer Research (2009), "Prostate Cancer", *Fact Sheet*, *www.icr.ac.uk/everyman/about/prostate.html*.

Jadwiga, A. Wedzicha und T.A.R. Seemungal (2007), "COPD Exacerbations: Defining their Cause and Prevention", *The Lancet*, Vol. 370, S. 786-796.

Japanese Nursing Association (2009), *Nursing Statistics*, *www.nurse.or.jp/jna/english/statistics/index.html*.

Japanese Pharmaceutical Association (2008), *Annual Report of JPA 2008-2009*, Tokyo.

Jha, P. *et al.* (2006), "Social Inequalities in Male Mortality, and in Male Mortality from Smoking: Indirect Estimation from National Death Rates in England and Wales, Poland, and North America", *The Lancet*, Vol. 368, No. 9533, S. 367-370.

Johanson, R. (2002), "Has the Medicalisation of Childbirth Gone Too Far?", *British Medical Journal*, Vol. 324, No. 7342, S. 892-895.

Joumard, I., C. Andre, C. Nicq und O. Chatal (2008), "Health Status Determinants: Lifestyle, Environment, Health Care Resources and Efficiency", *Economics Department Working Paper*, No. 627, OECD Publishing, Paris.

Kaikkonen, R. (2007), *TEROKA-Project for Reducing Socioeconomic Health Inequalities in Finland, Ministry of Social Affairs and Health, www.teroka.fi.*

Kearney, P. *et al.* (2005), "Global Burden of Hypertension: Analysis of Worldwide Data", *The Lancet*, Vol. 365, No. 9455, S. 217-223.

Keech, M., A.J. Scott und P.J. Ryan (1998), "The Impact of Influenza and Influenza-like Illness on Productivity and Healthcare Resource Utilization in a Working Population", *Occupational Medicine*, Vol. 49, S. 85-90.

Kelley, E. und J. Hurst (2006), "Health Care Quality Indicators Project Conceptual Framework", *OECD Health Working Paper*, No. 23, OECD Publishing, Paris.

Khush, K.K., E. Rapaport und D. Waters (2005), "The History of the Coronary Care Unit", *Canadian Journal of Cardiology*, Vol. 21, S. 1041-1045.

Kiely, J., K. Brett, S. Yu und D. Rowley (1995), "Low Birth Weight and Intrauterine Growth Retardation", in L. Wilcox und J. Marks (Hrsg.), *From Data to Action: CDC's Public Health Surveillance for Women, Infants, and Children*, Center for Disease Control and Preventions, Atlanta, S. 185-202.

King, H., R.E. Aubert und W.H. Herman (1998), "Global Burden of Diabetes, 1995-2025: Prevalence, Numerical Estimates, and Projections", *Diabetes Care*, Vol. 21, No. 9, S. 1414-1431.

Komajda, M. *et al.* (2003), "The EuroHeart Failure Survey Programme: A Survey on the Quality of Care among Patients with Heart Failure in Europe. Part 2: Treatment", *European Heart Journal*, Vol. 24, No. 5, S. 464-474.

Kovess-Masfety, V. *et al.* (2007), "Differences in Lifetime Use of Services for Mental Health Problems in Six European Countries", *Psychiatric Services*, Vol. 58, No. 2, S. 213-220.

Kunze, U. *et al.* (2007), "Influenza Vaccination in Austria, 1982-2003", *Wien Med Wochenschr*, Vol. 157, No. 5-6, S. 98-101.

Kwon, J.K., H. Chun und S. Cho (2009), "A Closer Look at the Increase in Suicide Rates in South Korea from 1986-2005", *BMC Public Health*, Vol. 9, No. 72.

Lafortune, G. und G. Balestat *et al.* (2007), "Trends in Severe Disability among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 OECD Countries and Future Implications", *OECD Health Working Paper*, No. 26, OECD Publishing, Paris.

Lagrew, D.C. und J.A. Adashek (1998), "Lowering the Cesarean Section Rate in a Private Hospital: Comparison of Individual Physicians' Rates, Risk Factors and Outcomes", *Am J Obstet Gynecol*, Vol. 178, S. 1207-1214.

Lambie, L. und S. Mattke *et al.* (2004), "Selecting Indicators for the Quality of Cardiac Care at the Health Systems Level in OECD Countries", *OECD Health Technical Paper*, No. 14, OECD Publishing, Paris.

Laws, P.J. und L. Hilder (2008), *Australia's Mothers and Babies* 2006, AIHW National Perinatal Statistics Unit, Sydney.

Lee, W.C. und Y.E. Chavez *et al.* (2004), "Economic Burden of Heart Failure: A Summary of Recent Literature", *Heart and Lung*, Vol. 33, No. 6, S. 362-371.

Lien, L. (2002), "Are Readmission Rates Influenced by How Psychiatric Services are Organized?", *Nordic Journal of Psychiatry*, Vol. 56, S. 23-28.

Lu, J.R. *et al.* (2007), "Horizontal Equity in Health Care Utilization Evidence from Three High-income Asian Economies", *Social Science and Medicine*, Vol. 64, S. 199-212.

Mackenbach, J.P. *et al.* (2008), "Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries", *New England Journal of Medicine*, Vol. 358, S. 2468-2481.

Mackie, C.O. *et al.* (2009), "Hepatitis B Immunisation Strategies: Timing is Everything", *CMAJ*, Vol. 18, No. 2, S. 196-202.

Marshall, M. *et al.* (2004), "Selecting Indicators for the Quality of Health Promotion, Prevention and Primary Care at the Health Systems Level in OECD Countries", *OECD Health Technical Paper*, No. 16, OECD Publishing, Paris.

Masoli, M., D. Fabian, S. Holt und R. Beasley (2004), *Global Burden of Asthma*, Global Initiative for Asthma.

Mathers, C. *et al.* (2005), "Counting the Dead and What They Died From: An Assessment of the Global Status of Cause of Death Data", *Bulletin of the World Health Organisation*, Vol. 83, No. 3, S. 171-177, März.

Mattke, S., E. Kelley, P. Scherer, J. Hurst und M.L. Gil Lapetra *et al.* (2006), "Health Care Quality Indicators Project Initial Indicators Report", *OECD Health Working Paper*, No. 22, OECD Publishing, Paris.

Mauri, D. und N.P. Polyzos *et al.* (2008), "Multiple-Treatments Meta-Analysis of Chemotherapy and Targeted Therapies in Advanced Breast Cancer", *Journal of the National Cancer Institute*, Vol. 100, No. 24, S. 1745-1747.

McGlynn, E.A. *et al.* (2003), "The Quality of Health Care Delivered to Adults in the United States", *New England Journal of Medicine*, Vol. 348, No. 26, S. 2635-2645.

Melander, A. *et al.* (2006), "Utilisation of Antihyperglycaemic Drugs in Ten European Countries: Different Developments and Different Levels", *Diabetologia*, Vol. 49, S. 2024-2029.

Miilunpalo, S. *et al.* (1997), "Self-rated Health Status as a Health Measure: The Predictive Value of Self-reported Health Status on the Use of Physician Services and on Mortality in the Working-age Population", *Journal of Clinical Epidemiology*, Vol. 50, S. 90-93.

Miller, A. (2006), "The Impact of Midwifery-Promoting Public Policies on Medical Interventions and Health Outcomes", *Advances in Economic Analysis and Policy*, Vol. 6, No. 1, S. 1-34.

Ministry of Health (2007), *Health Targets: Moving towards Healthier Futures* 2007/2008, Wellington.

Minkoff, H. und F.A. Chervenak (2003), "Elective Primary Cesarean Section", *New England Journal of Medicine*, Vol. 348, S. 946-950.

Moïse, P. (2003), "The Heart of the Health Care System: Summary of the Ischaemic Heart Disease Part of the OECD Ageing-related Diseases Study", *A Disease-based Comparison of Health Systems: What is Best and at What Cost?*, OECD Publishing, Paris.

Moïse, P. *et al.* (2003), "OECD Study of Cross-national Differences in the Treatment, Costs and Outcomes for Ischaemic Heart Disease", *OECD Health Working Paper*, No. 3, OECD Publishing, Paris.

Moon, L. *et al.* (2003), "Stroke Care in OECD Countries: A Comparison of Treatment, Costs and Outcomes in 17 OECD Countries", *OECD Health Working Paper*, No. 5, OECD Publishing, Paris.

Moorman, J.E. *et al.* (2007), "National Surveillance for Asthma – United States, 1980-2004", *MMWR Surveill Summ*, Vol. 56, No. 8, S. 1-54.

Mori, E. *et al.* (1992), "Intravenous Recombinant Tissue Plasminogen Activator in Acute Carotid Artery Territory Stroke", *Neurology*, Vol. 42, No. 5, S. 976-982.

National Board of Health and Welfare (2008), *Quality and Efficiency in Swedish Health Care – Regional Comparisons* 2008, Stockholm.

National Heart Foundation of Australia and the Cardiac Society of Australia and New-Zealand (2005), "Position Statement on Lipid Management-2005".

NCHS – National Centre for Health Statistics (2007), *Health, United States*, 2007, Hyattsville, MD.

NCHS (2009), *Health, United States*, 2008, Hyattsville, MD.

NHSBSP – National Health Service Breast Screening Programme (2008), *NHS Breast Screening Programme, Annual Review* 2008, London.

Nicholson, K.G., R. Snacken und A.M. Palache (1995), "Influenza Immunization Policies in Europe and the United States", *Vaccine*, Vol. 13, No. 4, S. 365-369.

NINDS – National Institute of Neurological Disorders and Stroke (1995), "Tissue Plasminogen Activator for Acute Ischemic Stroke", *New England Journal of Medicine*, Vol. 333, No. 24, S. 1581-1587.

NOMESCO (2004), "Equal Access to Care", *Health Statistics in the Nordic Countries* 2002, NOMESCO, Kopenhagen.

NOMESCO (2007), *Health Statistics in the Nordic Countries* 2005, NOMESCO, Kopenhagen.

OECD (1985), *Measuring Health Care, 1960-1983: Expenditure, Costs and Performance*, OECD Publishing, Paris.

OECD (2000), *A System of Health Accounts*, OECD Publishing, Paris.

OECD (2003a), *A Disease-based Comparison of Health Systems: What is Best and at What Cost?*, OECD Publishing, Paris.

OECD (2003b), *OECD Reviews of Health Care Systems – Korea*, OECD Publishing, Paris.

OECD (2004a), "Monitoring and Improving the Technical Quality of Medical Care: A New Challenge for Policy Makers in OECD Countries", *Towards High-Performing Health Systems: Policy Studies*, OECD Publishing, Paris.

OECD (2004b), *Private Health Insurance in OECD Countries*, OECD Publishing, Paris.

OECD (2004c), *Towards High-Performing Health Systems*, OECD Publishing, Paris.

OECD (2005a), *Long-term Care for Older People*, OECD Publishing, Paris.

OECD (2005b), *OECD Reviews of Health Systems – Finland*, OECD Publishing, Paris.

OECD (2005c), *OECD Reviews of Health Systems – Mexico*, OECD Publishing, Paris.

OECD (2007a), "Die Zuwanderung von Gesundheitsfachkräften im OECD-Raum im allgemeinen Kontext der Migration hochqualifizierter Arbeitskräfte", *Internationaler Migrationsausblick Sopemi* 2007, OECD Publishing, Paris.

OECD (2007b), *OECD Regions at a Glance* 2007, OECD Publishing, Paris.

OECD (2007c), "Patient Safety Data Systems in the OECD: A Report of a Joint Irish Department of Health – OECD Conference", *www.oecd.org/dataoecd/12/4/38705981.pdf*.

OECD (2007d), *Renten auf einen Blick: Staatliche Politik im OECD-Ländervergleich*, OECD Publishing, Paris.

OECD (2008a), *OECD Economic Surveys: Czech Republic*, OECD Publishing, Paris.

OECD (2008b), *OECD Economic Surveys: Denmark*, OECD Publishing, Paris.

OECD (2008c), *OECD Economic Surveys: United States*, OECD Publishing, Paris.

OECD (2008d), *Pharmaceutical Pricing Policies in a Global Market*, OECD Publishing, Paris.

OECD (2008e), *The Looming Crisis in the Health Workforce: How Can OECD Countries Respond?*, OECD Publishing, Paris.

OECD (2009a), *Doing Better for Children*, OECD Publishing, Paris.

OECD (2009b), *OECD-Wirtschaftsausblick*, OECD Publishing, Paris, Juni.

OECD (2009c), *OECD Economic Surveys: Greece*, OECD Publishing, Paris.

OECD (2009d), *OECD Economic Surveys: United Kingdom*, OECD Publishing, Paris.

OECD (2009e), *OECD Regions at a Glance 2009*, OECD Publishing, Paris.

OECD (2009f), *OECD-Gesundheitsdaten 2009 – Statistiken und Indikatoren für 30 Länder*, CD-ROM und Online-Version, OECD Publishing, Paris.

OECD und Weltbank (2008), *OECD Reviews of Health Systems-Turkey*, OECD Publishing, Paris.

OECD und WHO (2006), *OECD Reviews of Health Systems – Switzerland*, OECD Publishing, Paris.

OECD und WHO (2009), "International Migration of Health Workers", *Joint OECD-WHO Policy Brief*, Paris.

OECD/International Transport Forum (ITF) (2008), *Trends in the Transport Sector 1970-2006*, Paris.

Office of Management and Budget (2009), "A New Era of Responsibility – The 2010 Budget", Washington DC.

Ohmi, H., K. Hirooka, A. Hata und Y. Mochizuki (2001), "Recent Trend of Increase in Proportion of Low Birth Weight Infants in Japan", *International Journal of Epidemiology*, Vol. 30, S. 1269-1271.

Ollendorf, D.A. *et al.* (1998), "Potential Economic Benefits of Lower-Extremity Amputation Prevention Strategies in Diabetes", Diabetes Care, Vol. 21, No. 8, S. 1240-1245.

ONS – Osservatorio Nazionale Screening (2008), *The National Centre for Screening Monitoring*, Sixth Report, ONS, Firenze.

Or, Z. (2000), "Exploring the Effects of Health Care on Mortality Across OECD Countries", *Labour Market and Social Policy Occasional Paper*, No. 46, OECD Publishing, Paris.

Or, Z., F. Jusot und E. Yilmaz (2008), "Impact of Health Care System on Socioeconomic Inequalities in Doctor Use", *IRDES Working Paper*, No. 17, Paris.

Orosz, E. und D. Morgan (2004), "SHA-Based National Health Accounts in Thirteen OECD Countries: A Comparative Analysis", *OECD Health Working Paper*, No. 16, OECD Publishing, Paris.

Parikh, N.I. *et al.* (2009), "Long-Term Trends in Myocardial Infarction Incidence and Case Fatality in the National Heart, Lung, and Blood Institute's Framingham Heart Study", *Circulation*, S. 1203-1210, 10. März.

Peden, M. *et al.* (Hrsg.) (2004), *World Report on Road Traffic Injury Prevention*, Weltgesundheitsorganisation, Genf.

Petersen, P.E. (2008), "World Health Organization Global Policy for Improvement of Oral Health-World Health Assembly 2007", *International Dental Journal*, Vol. 58, S. 115-121.

Poos, M.J.J.C. *et al.* (2008), *Cost of Illness in the Netherlands 2005*, RIVM, Bilthoven.

PHAC – Public Health Agency of Canada (2008), *Organized Breast Cancer Screening Programs in Canada*, Report on Program Performance in 2003 and 2004, PHAC, Kanada.

Public Health Agency of Canada (2009), "Publicly Funded Immunization Programs in Canada – Routine Schedule for Infants and Children", *www.phac-aspc.gc.ca/im/ptimprog-progimpt/table-1-eng.php*.

Ram, F.S. und J.A. Wedzicha *et al.* (2004), "Hospital at Home for Patients with Acute Exacerbations of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Systematic Review of Evidence", *British Medical Journal*, Vol. 329, S. 315-320.

Rasmussen, M. *et al.* (2006), "Determinants of Fruit and Vegetable Consumption among Children and Adolescents: A Review of the Literature. Part 1: Quantitative Studies", *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, Vol. 3, No. 22.

Rat der Europäischen Union (2009), *Empfehlung des Rates zur Sicherheit der Patienten unter Einschluss der Prävention und Eindämmung von therapieassoziierten Infektionen*, No. 10120/09, Brüssel, Juni.

Raymond, I. und F. Pedersen *et al.* (2003), “Prevalence of Impaired Left Ventricular Systolic Function and Heart Failure in a Middle-Aged and Elderly Urban Population Segment of Copenhagen”, *Heart*, Vol. 89, No. 12, S. 1422-1429.

Rehm, J. *et al.* (2009), “Global Burden of Disease and Injury and Economic Cost Attributable to Alcohol Use and Alcohol-use Disorder”, *The Lancet*, Vol. 373, S. 2223-2233.

Retzlaff-Roberts, D., C. Chang und R. Rubin (2004), “Technical Efficiency in the Use of Health Care Resources: A Comparison of OECD Countries”, *Health Policy*, Vol. 69, S. 55-72.

RIVM – National Institute for Public Health and the Environment (2008), *Dutch Health Care Performance Report*, Bilthoven.

Sachs, B.P., C. Kobelin, M.A. Castro und F. Frigoletto (1999), “The Risks of Lowering the Cesarean-delivery Rate”, *New England Journal of Medicine*, Vol. 340, S. 54-57.

Sandvik, C. *et al.* (2005), “Personal, Social and Environmental Factors Regarding Fruit and Vegetable Consumption Intake among Schoolchildren in Nine European Countries”, *Annals of Nutrition and Metabolism*, Vol. 49, No. 4, S. 255-266.

Sant, M. *et al.* (2009), “ EUROCARE-4. Survival of Cancer Patients Diagnosed in 1995-1999. Results and Commentary”, *European Journal of Cancer*, Vol. 45, No. 6, S. 931-991.

Sarti, C. *et al.* (2003), “Are Changes in Mortality from Stroke Cause by Changes in Stroke Event Rates or Case Fatality? Results from the WHO MONICA Project”, *Stroke*, Vol. 34, S. 1833-1840.

Sassi, F., M. Devaux, J. Church, M. Cecchini und F. Borgonovi (2009a), “Education and Obesity in Four OECD Countries”, *OECD Health Working Paper*, No. 46, OECD Publishing, Paris.

Sassi, F., M. Devaux, M. Cecchini und E. Rusticelli (2009b), “The Obesity Epidemic: Analysis of Past and Projected Future Trends in Selected OECD Countries”, *OECD Health Working Paper*, No. 45, OECD Publishing, Paris.

Sears, M.R. *et al.* (2003), “A Longitudinal, Population-based Cohort Study of Childhood Asthma Followed to Adulthood”, *N Engl J Med*, Vol. 349, No. 15, S. 1414-1422.

Secretary of State for Health (2002), *Delivering the NHS Plan: Next Steps on Investment,Next Steps on Reform*, The Stationery Office, London.

Seenan, P., M. Long und P. Langhorne (2007), “Stroke Units in Their Natural Habitat: Systematic Review of Observational Studies”, *Stroke*, Vol. 38, S. 1886-1892.

SEER – Surveillance, Epidemiology, and End Results Program (2009), *Cancer Statistics Review*, 1975-2006, National Cancer Institute, *www.seer.cancer.gov*, Internetzugriff am 18. August 2009.

Shafey, O. *et al.* (Hrsg.) (2009), *The Tobacco Atlas*, 3. Auflage, American Cancer Society, Atlanta.

Shield, M. (2004), “Addressing Nurse Shortages: What Can Policy Makers Learn from the Econometric Evidence on Nurse Labour Supply?”, *The Economic Journal*, Vol. 114, S. F464-F498.

Siciliani, L. und J. Hurst (2003), “Explaining Waiting Times Variations for Elective Surgery across OECD Countries”, *OECD Health Working Paper*, No. 7, OECD Publishing, Paris.

Simoens, S. und J. Hurst (2006), “The Supply of Physician Services in OECD Countries”, *OECD Health Working Paper*, No. 21, OECD Publishing, Paris.

Singleton, J.A. *et al.* (2000), “Influenza, Pneumococcal, and Tetanus Toxoid Vaccination of Adults – United States, 1993-1997”, *Morbidity and Mortality Weekly Report*, Vol. 49, No. SS-9, S. 39-63.

Smith-Bindman, R., D.L. Miglioretti und E.B. Larson (2008), “Rising Use of Diagnostic Medical Imaging in a Large Inegrated Health System”, *Health Affairs*, Vol. 27, No. 6, S. 1491-1502.

Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada *et al.* (2008), “Joint Policy Statement on Normal Childbirth”, *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, Vol. 30, No. 12, S. 1163-1165.

SOLVD Investigators (1991), “Effect of Enalapril on Survival in Patients with Reduced Left Ventricular Ejection Fractions and Congestive Heart Failure”, *New England Journal of Medicine*, Vol. 325, S. 293-302.

Starfield, B. *et al.* (2005), “Contribution of Primary Care to Health Systems and Health”, The Milbank Quarterly, Vol. 83, No. 3, S. 457-502.

Stroke Unit Trialists’ Collaboration (1997), “How Do Stroke Units Improve Patient Outcomes? A Collaborative Systematic Review of the Randomized Trials”, *Stroke*, Vol. 28, No. 11, S. 2139-2144.

Swedish Association of Local Authorities and Regions and National Board of Health and Welfare (2008), *Quality and Efficiency in Swedish Health Care – Regional Comparisons* 2008, Stockholm.

Szucs, T. (2004), "Medical Economics in the Field of Influenza: Past, Present and Future", *Virus Research*, Vol. 103, S. 25-30.

Taggart, D. (2009), "PCI or CABG in Coronary Artery Disease?", *The Lancet*, Vol. 373, S. 1190-1197.

Taylor, R., K. Arnett und S. Begg (2008), *BreastScreen Aotearoa, Independent Monitoring Report January-June, 2007*, School of Population Health, University of Queensland, Brisbane.

Thompson, D. und A.M. Wolf (2001), "The Medical-Care Burden of Obesity", *Obesity Reviews*, No. 2, International Association for the Study of Obesity, S. 189-197.

Tisdalea, J.E., M.B. Huang und C. Borzak (2004), "Risk Factors for Hypertensive Crisis: Importance of Out-Patient Blood Pressure Control", *Family Practice*, Vol. 21, S. 420-424.

Tu, J.V. *et al.* (2009), "National Trends in Rates of Death and Hospital Admissions Related to Acute Myocardial Infarction, Heart Failure and Stroke, 1994-2004", *CMAJ*, Vol. 180, No. 13, S. E118-E125.

Tunstall-Pedoe, H. (2003), "MONICA's Quarter Century", *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, Vol. 10, No. 6, S. 409-410.

Tuomilehto, J. *et al.* (2001), "Prevention of Type 2 Diabetes Mellitus by Changes in Lifestyle Among Subjects with Impaired Glucose Tolerance", *New England Journal of Medicine*, Vol. 344, S. 1343-1350.

UNAIDS – Joint United Nations Programme in HIV/AIDS (2008), *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic 2008*, Genf.

UNICEF und WHO (2004), *Low Birthweight: Country, Regional and Global Estimates*, New York.

USITC – United States International Trade Commission (2009), *Recent Trends in US Services Trade – 2009 Annual Report*, Publication No. 4084, Washington DC.

USPSTF – US Preventive Services Task Force (2008), "Screening for Colorectal Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement", *Ann Int Med*, Vol. 149, S. 627-637.

USRDS – US Renal Data System (2008), *2008 Annual Data Report: Atlas of Chronic Kidney Disease and End-Stage Renal Disease in the United States*, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, Bethesda, MD.

van Doorslaer, E. *et al.* (2004), "Income-related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries", *OECD Health Working Paper*, No. 14, OECD Publishing, Mai.

van Doorslaer, E. *et al.* (2008), "Horizontal Inequities in Australia's Mixed Public/Private Health Care System", *Health Policy*, Vol. 86, S. 97-108.

Verdecchia, A. *et al.* (2007), "Recent Cancer Survival in Europe: A 2000-02 Period Analysis of EUROCARE-4 Data", *The Lancet Oncology*, Vol. 8, S. 784-796.

Villar, J. *et al.* (2006), "Caesarean Delivery Rates and Pregnancy Outcomes: The 2005 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health in Latin America", *The Lancet*, Vol. 367, S. 1819-1829.

Vogler, S. *et al.* (2008), "Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information (PPRI) Report", Bericht im Auftrag der Europäischen Kommission (DG Sanco) und des österreichischen Bundesministeriums für Gesundheit, Wien.

Wahlgren, N. *et al.* (2007), "Thrombolysis with Alteplase for Acute Ischaemic Stroke in the Safe Implementation of Thrombolysis in Stroke-Monitoring Study (SITS-MOST): An Observational Study", *The Lancet*, Vol. 369, S. 275-282.

Wardlaw, J.M., P.A.G. Sandercock und E. Berge (2003), "Thrombolytic Therapy with Recombinant Tissue Plasminogen Activator for Acute Ischemic Stroke. Where Do We Go From Here? A Cumulative Meta-Analysis", *Stroke*, Vol. 34, S. 1437-1443.

Wedzicha, J.A. und T.A.R. Seemungal (2007), "COPD Exacerbations: Defining their Cause and Prevention", *The Lancet*, Vol. 370, S. 786-796.

Weisfeldt, M.L. und S.J. Zieman (2007), "Advances in the Prevention and Treatment of Cardiovascular Disease", *Health Affairs*, Vol. 26, S. 25-37.

Westert, G.P. *et al.* (Hrsg.) (2008), "Dutch Health Care Performance Report 2008", RIVM National Institute for Public Health and the Environment, Bilthoven.

WHO – Weltgesundheitsorganisation (1996), *Health Behaviour in School-aged Children: A World Health Organisation Cross-national Study (1993/94)*, WHO-Regionalbüro für Europa, Kopenhagen.

WHO (2000), "Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Report of a WHO Consultation", *WHO Technical Report Series* No. 894, Genf.

WHO (2001), "Mental Health: New Understanding, New Hope", *World Health Report 2001*, Genf.

WHO (2002), *World Health Report 2002*, Genf.

WHO (2003), *The World Oral Health Report 2003: Continuous Improvement of Oral Health in the 21st Century – The Approach of the WHO Global Oral Health Programme*, Genf.

WHO (2004a), "Hepatitis B Vaccines", *Weekly Epidemiological Record*, No. 28, S. 253-264.

WHO (2004b), *WHO Global Status Report on Alcohol 2004*, Genf.

WHO (2005), "World Diabetes Day: Too Many People Are Losing Lower Limbs Unnecessarily to Diabetes", *Joint WHO/International Diabetes Federation News Release*, 11. November 2005, Genf.

WHO (2006), *Health Statistics and Health Information Systems. Projections of Mortality and Burden of Disease to 2030*, *www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/index.html*.

WHO (2008a), *World Alliance for Patient Safety Forward Programme 2008-2009*, 1. Auflage, Genf.

WHO (2008b), *World Health Statistics 2008*, Genf.

WHO (2009a), *Hepatitis B WHO Fact Sheet No. 204*, Genf.

WHO (2009b), *Vaccines for pandemic influenza A (H1N1)*, *www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/vaccine_preparedness/en/index.html*.

WHO (2009c), *Global Status Report on Road Safety: Time for Action*, Genf.

WHO/Europe (2007), "Prevalence of Excess Body Weight and Obesity in Children and Adolescents", *Fact Sheet No. 2.3*, European Environment and Health Information System.

Woods, L.M., B. Rachet und M.P. Coleman (2006), "Origins of Socio-economic Inequalities in Cancer Survival: A Review", *Annals of Oncology*, Vol. 17, No. 1, S. 5-19.

Weltbank (1999), *Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control*, Washington.

Xu, K. *et al.* (2007), "Protecting Households From Catastrophic Health Spending", *Health Affairs*, Vol. 26, S. 972-983.

ANHANG A

Zusätzliche Informationen über den demografischen und wirtschaftlichen Kontext, die Merkmale des Gesundheitssystems sowie die Gesundheitsausgaben und -finanzierung

Tabelle A.1. **Gesamtbevölkerung zur Jahresmitte, in Tausend, 1960-2007**

	1960	1970	1980	1990	2000	2007
Australien	10 275	12 507	14 695	17 065	19 153	21 017
Belgien	9 153	9 656	9 859	9 967	10 251	10 623
Dänemark	4 581	4 929	5 123	5 141	5 340	5 457
Deutschland[1]	55 585	60 651	61 566	63 254 ǀ	82 160	82 257
Finnland	4 430	4 606	4 779	4 986	5 176	5 289
Frankreich	45 684	50 772	53 880	56 709	59 049	61 707
Griechenland	8 327	8 793	9 642	10 089	10 917	11 193
Irland	2 834	2 950	3 401	3 503	3 790	4 339
Island	176	205	228	255	281	311
Italien	48 967	52 771	55 657	56 737	57 189	58 880
Japan	93 419	103 720	117 060	123 611	126 926	127 771
Kanada	17 870	21 297	24 516	27 698	30 689	32 976
Korea	25 012	32 241	38 124	42 869	47 008	48 456
Luxemburg	315	340	365	384	436	476
Mexiko	..	50 785	67 384	83 971	98 439	105 791
Neuseeland	2 377	2 820	3 144	3 363	3 858	4 228
Niederlande	11 486	13 039	14 150	14 951	15 926	16 382
Norwegen	3 585	3 879	4 086	4 241	4 491	4 709
Österreich	7 047	7 467	7 549	7 718	8 110	8 315
Polen	29 561	32 526	35 578	38 031	38 256	38 121
Portugal	9 077	8 663	9 819	9 873	10 229	10 604
Schweden	7 480	8 043	8 311	8 559	8 872	9 148
Schweiz	5 328	6 181	6 319	6 712	7 184	7 550
Slowak. Rep.	3 994	4 528	4 984	5 298	5 401	5 398
Spanien	30 256	33 859	37 527	38 851	40 264	44 873
Tschech. Rep.	9 660	9 805	10 327	10 362	10 272	10 323
Türkei	27 506	35 321	44 439	56 156	67 420	70 586
Ungarn	9 984	10 338	10 711	10 374	10 211	10 056
Ver. Königreich	52 373	55 632	56 330	57 237	58 886	60 975
Ver. Staaten	180 671	205 052	227 225	249 623	282 194	301 621
OECD	**717 013**	**853 376**	**946 778**	**1 027 588**	**1 128 378**	**1 179 432**

1. Die Zahlen für Deutschland vor 1991 beziehen sich auf Westdeutschland.

ǀ Bruch in der Zeitreihe.

Quelle: *OECD-Gesundheitsdaten 2009.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/804675643423

Tabelle A.2. **Anteil der Bevölkerung ab 65 Jahre, 1960-2007**

	1960	1970	1980	1990	2000	2007
Australien	8.5	8.3	9.6	11.1	12.4	13.1
Belgien	12.0	13.4	14.3	14.9	16.8	17.1
Dänemark	10.6	12.3	14.4	15.6	14.8	15.5
Deutschland	10.8	13.2	15.5	15.3	17.2	20.2
Finnland	7.3	9.1	12.0	13.4	14.9	16.5
Frankreich	11.6	12.9	13.9	14.1	16.1	16.4
Griechenland	8.1	11.1	13.1	14.0	16.6	18.6
Irland	10.9	11.2	10.7	11.4	11.2	10.8
Island	8.1	8.9	9.9	10.6	11.6	11.5
Italien	9.0	10.5	12.9	14.6	17.7	19.7
Japan	5.7	7.1	9.1	12.1	17.4	21.5
Kanada	7.6	8.0	9.4	11.3	12.6	13.4
Korea	2.9	3.1	3.8	5.1	7.2	9.9
Luxemburg	10.8	12.6	13.6	13.4	14.1	14.0
Mexiko	..	4.6	4.3	4.1	4.7	5.5
Neuseeland	8.7	8.4	9.7	11.1	11.8	12.5
Niederlande	9.0	10.2	11.5	12.8	13.6	14.6
Norwegen	10.9	12.9	14.8	16.3	15.2	14.6
Österreich	12.2	14.1	15.4	15.1	15.5	17.0
Polen	5.8	8.2	10.1	10.1	12.2	13.4
Portugal	..	9.1	11.4	13.6	16.4	17.3
Schweden	11.8	13.7	16.3	17.8	17.3	17.4
Schweiz	10.7	11.8	14.3	15.0	15.8	16.3
Slowak. Rep.	6.9	9.2	10.5	10.3	11.4	11.9
Spanien	8.2	9.6	11.2	13.6	16.8	16.6
Tschech. Rep.	9.6	12.1	13.5	12.5	13.8	14.5
Türkei	3.5	4.4	4.7	4.5	5.4	7.1
Ungarn	9.0	11.5	13.4	13.4	15.1	16.1
Ver. Königreich	11.7	13.0	15.0	15.7	15.8	16.0
Ver. Staaten	9.2	9.8	11.3	12.5	12.4	12.6
OECD	**9.0**	**10.1**	**11.7**	**12.5**	**13.8**	**14.7**

Quelle: *OECD-Gesundheitsdaten 2009.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/804676683740

Tabelle A.3. **Geburtenziffer, Kinderzahl je Frau zwischen 15 und 49 Jahren, 1960-2006**

	1960	1970	1980	1990	2000	2006
Australien	3.5	2.9	1.9	1.9	1.8	1.8
Belgien	2.6	2.3	1.7	1.6	1.7	1.8
Dänemark	2.5	2.0	1.6	1.7	1.8	1.9
Deutschland	2.4	2.0	1.6	1.5	1.4	1.3
Finnland	2.7	1.8	1.6	1.8	1.7	1.8
Frankreich	2.7	2.5	2.0	1.8	1.9	2.0
Griechenland	2.3	2.4	2.2	1.4	1.3	1.4
Irland	3.8	3.9	3.2	2.1	1.9	1.9
Island	4.3	2.8	2.5	2.3	2.1	2.1
Italien	2.4	2.4	1.7	1.4	1.3	1.4
Japan	2.0	2.1	1.8	1.5	1.4	1.3
Kanada	3.9	2.3	1.7	1.7	1.5	1.5
Korea	6.0	4.5	2.8	1.6	1.5	1.1
Luxemburg	2.3	2.0	1.5	1.6	1.8	1.6
Mexiko	7.3	6.8	5.0	3.4	2.7	2.2
Neuseeland	4.2	3.2	2.0	2.2	2.0	2.0
Niederlande	3.1	2.6	1.6	1.6	1.7	1.7
Norwegen	2.9	2.5	1.7	1.9	1.9	1.9
Österreich	2.7	2.3	1.7	1.5	1.4	1.4
Polen	3.0	2.2	2.3	2.0	1.4	1.3
Portugal	3.1	2.8	2.2	1.6	1.6	1.4
Schweden	2.2	1.9	1.7	2.1	1.6	1.9
Schweiz	2.4	2.1	1.6	1.6	1.5	1.4
Slowak. Rep.	3.1	2.4	2.3	2.1	1.3	1.2
Spanien	2.9	2.9	2.2	1.4	1.2	1.4
Tschech. Rep.	2.1	1.9	2.1	1.9	1.1	1.3
Türkei	6.4	5.0	4.6	3.1	2.3	2.2
Ungarn	2.0	2.0	1.9	1.8	1.3	1.4
Ver. Königreich	2.7	2.4	1.9	1.8	1.6	1.8
Ver. Staaten	3.7	2.5	1.8	2.1	2.1	2.1
OECD	**3.2**	**2.7**	**2.1**	**1.9**	**1.6**	**1.7**

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2009.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/804683465654

Tabelle A.4. **Pro-Kopf-BIP, 2007, und durchschnittliche jährliche Wachstumsraten, 1970-2007**

	Pro-Kopf-BIP in US-$ KKP	Durchschnittliche jährliche Wachstumsrate (in realer Rechnung)			
	2007	1970-80	1980-90	1990-2000	2000-07
Australien	37 808	1.3	1.4	2.4	2.0
Belgien	35 380	3.2	1.9	1.9	1.5
Dänemark	35 978	1.9	2.0	2.2	1.3
Deutschland	34 393	2.7	2.1	0.3	1.2
Finnland	34 698	3.3	2.6	1.6	2.8
Frankreich	32 684	3.0	1.9	1.5	1.1
Griechenland	28 423	3.6	0.2	1.5	3.9
Irland	45 214	3.3	3.3	6.2	3.6
Island	35 696	5.3	1.6	1.5	2.7
Italien	30 794	3.2	2.2	1.5	0.7
Japan	33 603	3.2	3.4	1.0	1.5
Kanada	38 500	2.6	1.6	1.9	1.6
Korea	24 801	5.4	7.5	5.1	4.2
Luxemburg	59 484	..	..	..	1.5
Mexiko	13 989	3.8	–0.1	1.8	1.4
Neuseeland	27 140	0.7	1.2	1.5	2.1
Niederlande	39 213	2.2	1.8	2.5	1.5
Norwegen	53 443	4.1	2.1	3.1	1.7
Österreich	37 121	3.5	1.9	2.0	1.7
Polen	16 089	..	..	3.7	4.1
Portugal	22 824	3.5	3.2	2.5	0.6
Schweden	36 632	1.6	1.9	1.6	2.3
Schweiz	40 877	1.0	1.6	0.4	1.1
Slowak. Rep.	20 073	..	..	..	6.2
Spanien	31 586	2.6	2.6	2.4	1.8
Tschech. Rep.	24 027	..	..	0.3	4.4
Türkei	13 604	..	..	1.7	4.2
Ungarn	18 754	..	..	..	4.0
Ver. Königreich	35 557	1.8	2.6	2.2	2.1
Ver. Staaten	45 559	2.2	2.3	2.0	1.4
OECD	**32 798**	**2.9**	**2.2**	**2.1**	**2.3**

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2009.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/804758082841

Tabelle A.5. **Grundlegender Krankenversicherungsschutz für ausgewählte Leistungsarten und Anteil der gedeckten Kosten, 2008-09**

	Stationäre Akutversorgung	Ambulante Primärversorgung und Facharztkontakt	Arzneimittel	Zahnärztliche Behandlung
Australien	Keine Zuzahlung, 100%	Zuzahlung, 76-99%	Zuzahlung, 76-99%	Nicht abgedeckt
Belgien	Zuzahlung, 76-99%	Zuzahlung, 76-99%	Zuzahlung, 76-99%	Zuzahlung, 76-99%
Dänemark	Keine Zuzahlung, 100%	Keine Zuzahlung, 100%	Zuzahlung, 51-75%	Zuzahlung, 1-50%
Deutschland	Zuzahlung, ~100%	Zuzahlung, 76-99%	Zuzahlung, 76-99%	Zuzahlung, 76-99%
Finnland	Zuzahlung, 76-99%	Zuzahlung, 76-99%	Zuzahlung, 51-75%	Zuzahlung, 76-99%
Frankreich	Zuzahlung, 76-99%	Zuzahlung, 51-75%	Zuzahlung, 51-75%	Zuzahlung, 1-50%
Griechenland	Zuzahlung, 76-99%	Zuzahlung, 76-99%	Zuzahlung,76-99%	Zuzahlung, 1-50%
Irland	Keine Zuzahlung, 100%	Keine Zuzahlung, 100%	n.v.	Nicht abgedeckt
Island	Zuzahlung, 76-99%	Zuzahlung, 76-99%	Zuzahlung, 76-99%	Zuzahlung, 76-99%
Italien	Keine Zuzahlung, 100%	Keine Zuzahlung, 76-99%	Keine Zuzahlung, 100%	Zuzahlung
Japan	Zuzahlung, 51-75%	Zuzahlung, 51-75%	Zuzahlung, 51-75%	Zuzahlung, 51-75%
Kanada	Keine Zuzahlung, 100%	Keine Zuzahlung, 100%	Zuzahlung, 51-75%	Nicht abgedeckt
Korea	Zuzahlung, 76-99%	Zuzahlung, 51-75%	Zuzahlung, 51-75%	Zuzahlung, 51-75%
Luxemburg	Zuzahlung, 76-99%	Zuzahlung, 76-99%	Zuzahlung, 76-99%	Zuzahlung, 51-75%
Mexiko	Keine Zuzahlung, 100%	Keine Zuzahlung, 100%	Keine Zuzahlung, 100%	Keine Zuzahlung, 100%
Neuseeland	Keine Zuzahlung, 100%	Zuzahlung, 51-75%	Zuzahlung, 76-99%	Nicht abgedeckt
Niederlande	Keine Zuzahlung, 100%	Keine Zuzahlung, 100%	Keine Zuzahlung, 100%	Zuzahlung, 1-50%
Norwegen	Keine Zuzahlung, 100%	Zuzahlung, 76-99%	Zuzahlung, 76-99%	Nicht abgedeckt
Österreich	Zuzahlung, 76-99%	Keine Zuzahlung, 100%	Zuzahlung, 76-99%	Keine Zuzahlung, 100%
Polen	Keine Zuzahlung, 100%	Keine Zuzahlung, 100%	Zuzahlung, 51-75%	Keine Zuzahlung, 100%[1]
Portugal	Keine Zuzahlung, 100%	Keine Zuzahlung, 100%	Zuzahlung, 1-50%	Keine Zuzahlung, 1-50%[1]
Schweden	Zuzahlung, 76-99%	Zuzahlung, 76-99%	Zuzahlung, 51-75%	Zuzahlung, 1-50%
Schweiz	Zuzahlung, ~100%	Zuzahlung, 76-99%	Zuzahlung, 76-99%	Nicht abgedeckt
Slowak. Rep.	Keine Zuzahlung, 100%	Keine Zuzahlung, 100%	Zuzahlung, 76-99%	Zuzahlung, 51-75%
Spanien	Keine Zuzahlung, 100%	Keine Zuzahlung, 100%	Zuzahlung, 76-99%	Nicht abgedeckt
Tschech. Rep.	Zuzahlung, 76-99%	Zuzahlung, 76-99%	Zuzahlung, 51-75%	Zuzahlung, 1-50%
Türkei	Keine Zuzahlung, 100%	Zuzahlung, 76-99%	Zuzahlung, 76-99%	Keine Zuzahlung, 100%
Ungarn	Keine Zuzahlung, 100%	Keine Zuzahlung, 100%	Zuzahlung, 76-99%	Zuzahlung, 100%[1]
Ver. Königreich	Keine Zuzahlung, 100%	Keine Zuzahlung, 100%	Keine Zuzahlung, 100%	Zuzahlung, 76-99%
Ver. Staaten	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.

n.v.: Nicht verfügbar.

1. In einigen Ländern sind zahnärztliche Grundleistungen im Prinzip durch die öffentlichen Systeme abgedeckt, die meisten Behandlungen erfolgen aber im privaten Sektor.

Quelle: OECD Survey of Health System Characteristics 2008-2009.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/804776608772

Tabelle A.6. **Betten für die Akutversorgung in öffentlichen und privaten Krankenhäusern, 2008-09**

In Prozent

	Öffentliche Krankenhäuser	Private gemeinnützige Krankenhäuser	Private gewinnorientierte Krankenhäuser
Australien	70	14	16
Belgien	34	66	–
Dänemark	100	–	–
Deutschland	49	36	15
Finnland	89	–	11
Frankreich	66	9	25
Griechenland	69	3	28
Irland	n.v.	n.v.	n.v.
Island	100	–	–
Italien	82	17	2
Japan	26	74	–
Kanada	100	–	–
Korea	10	65	25
Luxemburg	68	29	3
Mexiko	65	–	35
Neuseeland	81	10	10
Niederlande	–	100	–
Norwegen	99	1	–
Österreich	73	19	9
Polen	95	–	5
Portugal	86	7	8
Schweden	98	–	2
Schweiz	83	5	13
Slowak. Rep.	60	–	40
Spanien	74	17	9
Tschech. Rep.	91	–	9
Türkei	90	–	11
Ungarn	n.v.	n.v.	n.v.
Ver. Königreich	96	4	–
Ver. Staaten	n.v.	n.v.	n.v.

n.v.: Nicht verfügbar. Durch Runden der Zahlen ergibt sich in den Zeilen u.U. nicht die Summe von 100%.

Quelle: OECD Survey of Health System Characteristics 2008-2009.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/804804214330

Tabelle A.7. **Vorherrschende Vergütungsarten für Ärzte in den OECD-Ländern**

	Ärzte in der medizinischen Grundversorgung	Fachärzte in der ambulanten Versorgung	Fachärzte in der stationären Versorgung
Australien	Leistungshonorar	Leistungshonorar	Festes Gehalt
Belgien	Leistungshonorar	Leistungshonorar	n.v.
Dänemark	Leistungshonorar/Kopfpauschale	Festes Gehalt	Festes Gehalt
Deutschland	Leistungshonorar	Leistungshonorar	Festes Gehalt
Finnland	Festes Gehalt	Festes Gehalt	Festes Gehalt
Frankreich	Leistungshonorar	Leistungshonorar	Festes Gehalt
Griechenland	Festes Gehalt	Leistungshonorar/festes Gehalt	Festes Gehalt
Irland	Kopfpauschale	Leistungshonorar	Festes Gehalt
Island	Festes Gehalt	Leistungshonorar	Festes Gehalt
Italien	Kopfpauschale	Festes Gehalt	Festes Gehalt
Japan	Leistungshonorar	Leistungshonorar	Festes Gehalt
Kanada	Leistungshonorar	Leistungshonorar	Leistungshonorar
Korea	Leistungshonorar	Leistungshonorar/festes Gehalt	Leistungshonorar/festes Gehalt
Luxemburg	Leistungshonorar	Leistungshonorar	n.v.
Mexiko	Festes Gehalt	Festes Gehalt	Festes Gehalt
Neuseeland	Leistungshonorar/festes Gehalt	Leistungshonorar/festes Gehalt	Leistungshonorar/festes Gehalt
Niederlande	Leistungshonorar/Kopfpauschale	n.v.	Leistungshonorar
Norwegen	Leistungshonorar/Kopfpauschale	Leistungshonorar/festes Gehalt	Festes Gehalt
Österreich	Leistungshonorar/Kopfpauschale	Leistungshonorar	Festes Gehalt
Polen	Kopfpauschale	Leistungshonorar	n.v.
Portugal	Festes Gehalt	Festes Gehalt	n.v.
Schweden	Festes Gehalt	Festes Gehalt	n.v.
Schweiz	Leistungshonorar	Leistungshonorar	n.v.
Slowak. Rep.	Kopfpauschale	n.v.	Festes Gehalt
Spanien	Festes Gehalt/Kopfpauschale	Festes Gehalt	Festes Gehalt
Tschech. Rep.	Leistungshonorar/Kopfpauschale	Leistungshonorar/festes Gehalt	Festes Gehalt
Türkei	Leistungshonorar/festes Gehalt	Leistungshonorar/festes Gehalt	Leistungshonorar/festes Gehalt
Ungarn	Kopfpauschale	Festes Gehalt	n.v.
Ver. Königreich	Festes Gehalt/Kopfpauschale/Leistungshonorar	Festes Gehalt	Festes Gehalt
Ver. Staaten	Festes Gehalt/Kopfpauschale/Leistungshonorar	Leistungshonorar	n.v.

n.v.: Nicht verfügbar.
Quelle: OECD Survey of Health System Characteristics 2008-2009.

Tabelle A.8. **Gesamtgesundheitsausgaben pro Kopf, US-$ KKP, 1980-2007**

	1980	1990	1995	2000	2005	2006	2007
Australien	644	1 203	1 610	2 271	2 983	3 137	
Belgien	643	1 357	1 853	2 377	3 301	3 356v	3 595v
Dänemark	896	1 544	1 871	2 378	3 152	3 357	3 512
Deutschland	971	1 768	2 275	2 671	3 348	3 464	3 588
Finnland	571	1 366	1 481	1 853	2 590	2 709	2 840
Frankreich	668	1 449	2 101	2 542	3 303	3 423	3 601
Griechenland	491	853	1 263	1 449	2 352	2 547	2 727
Irland	513	791	1 203	1 805	2 831	3 001	3 424
Island	755	1 666	1 909	2 736	3 304	3 207	3 319
Italien		1 359	1 538	2 052	2 536	2 673	2 686
Japan	585	1 125	1 551	1 967	2 474	2 581	
Kanada	780	1 738	2 057	2 516	3 464	3 696	3 895
Korea	107	357	525	809	1 296	1 491	1 688
Luxemburg			1 910	2 553	4 021	4 162v	
Mexiko		296	386	508	724	777	823
Neuseeland	509	990	1 245	1 605	2 253	2 435	2 510
Niederlande	728	1 416	1 798	2 337	3 450v	3 611v	3 837v
Norwegen	668	1 369	1 862	3 039	4 301	4 507	4 763
Österreich	783	1 618	2 216	2 824	3 472	3 608	3 763
Polen		289	411	583	857	920	1 035
Portugal	276	636	1 035	1 509	2 098	2 150	
Schweden	946	1 596	1 745	2 283	2 958	3 124	3 323
Schweiz	1 017	2 033	2 568	3 217	4 015	4 165	4 417v
Slowak. Rep.			564 1997	603	1 139	1 322	1 555
Spanien	363	872	1 193	1 536	2 267	2 466	2 671
Tschech. Rep.		559	899	980	1 455	1 513	1 626
Türkei	70	155	173	432	618		
Ungarn		577 1991	660	852	1 411	1 457	1 388
Ver. Königreich	470	963	1 349	1 833	2 693	2 885	2 992
Ver. Staaten	1 091	2 810	3 748	4 704	6 558	6 933	7 290
OECD-Durchschnitt	**632**	**1 170**	**1 500**	**1 961**	**2 707**	**2 843**	**2 984**

| Bruch in der Zeitreihe.
v: Vorläufige Schätzung.
Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2009.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/804841844424

Tabelle A.9. **Öffentliche Gesundheitsausgaben pro Kopf, US-$ KKP, 1980-2007**

	1980	1990	1995	2000	2005	2006	2007
Australien	404	796	1 059	1 524	2011	2 124	
Belgien[1]			1 317	1 673	2 377	2 426v	2 601v
Dänemark	787	1 277	1 544	1 961	2 639	2 823	2 968
Deutschland	764	1 347	1 856	2 128	2 577	2 660	2 758
Finnland	451	1 105	1 067	1 317	1903	2022	2 120
Frankreich	535	1 109	1 674	2018	2 618	2 709	2 844
Griechenland	273	458	657	870	1 414	1 580	1 646
Irland	421	568	865	1 326	2 193	2 326	2 762
Island	666	1 443	1 602	2 218	2 688	2 628	2 739
Italien		1 080	1 088	1 488	1933	2054	2056
Japan	417	873	1 288	1 598	2046	2097	
Kanada	590	1 296	1 468	1 770	2 434	2 580	2 726
Korea	22	130	191	363	675	814	927
Luxemburg			1 766	2 280	3 625	3 782v	
Mexiko		120	163	236	329	344	372
Neuseeland	447	816	961	1 252	1 755	1 898	1 898
Niederlande[1]	505	949	1 278	1 474	2 087v	2 731v	2 871v
Norwegen	569	1 134	1 569	2 507	3 593	3 776	4 005
Österreich	539	1 187	1 638	2 169	2 644	2 737	2 875
Polen		265	299	408	594	643	733
Portugal	178	417	648	1 095	1 505	1 538	
Schweden	875	1 434	1 512	1 938	2 415	2 548	2 716
Schweiz		1 065	1 375	1 783	2 388	2 463	2 618v
Slowak. Rep.			517 1997	539	848	903	1 040
Spanien	290	687	861	1 100	1 600	1 757	1917
Tschech. Rep.		545	817	885	1 289	1 332	1 385
Türkei	21	95	122	272	441		
Ungarn		515 1991	554	602	1 020	1 058	980
Ver. Königreich	420	804	1 132	1 454	2 206	2 367	2 446
Ver. Staaten	445	1 102	1 683	2033	2 915	3 132	3 307
OECD-Durchschnitt	**458**	**838**	**1 086**	**1 409**	**1 959**	**2 076**	**2 176**

1. Öffentliche laufende Ausgaben.
| Bruch in der Zeitreihe.
v: Vorläufige Schätzung.
Quelle: *OECD-Gesundheitsdaten* 2009.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/804878784222

Tabelle A.10. **Jährliche Wachstumsrate der Pro-Kopf-Gesamtgesundheitsausgaben, in realer Rechnung, 1997-2007**

	1997/98	1998/99	1999/2000	2000/01	2001/02	2002/03	2003/04	2004/05	2005/06	2006/07
Australien	4.5[1]	4.9	4.5	4.3	4.4	1.5	4.6	0.9	1.9	
Belgien	3.0	5.9	3.9	1.7	3.7	5.1[1]	6.5	2.9[1]	–0.7	3.8
Dänemark	3.9	4.0	0.7	4.0	2.5	3.1[1]	3.7	2.6	4.4	2.7
Deutschland	2.1	2.7	3.0	2.5	1.7	1.2	–1.0	1.8	1.9	1.5
Finnland	0.9	4.2	2.6	4.7	6.7	6.3	4.6	5.1	2.8	2.1
Frankreich	2.1	3.0	2.5	2.4	3.5	3.9	2.8	2.2	0.8	1.5
Griechenland	2.0	6.0	11.1[1]	16.1	6.5	3.9	0.7	11.8	5.2	4.2
Irland	4.2	9.9	8.4	15.2	7.6	5.0	6.1	1.0	1.2	9.6
Island	15.7	11.1	1.5	0.8	7.9	4.7[1]	1.5	1.4	–1.7	3.3
Italien	2.2	2.2	7.1	3.4	1.8	0.1	5.1	2.9	2.2	–2.2
Japan	1.9	3.2	4.6	3.3	0.4	2.8	2.1	3.4	1.0	
Kanada	6.2	3.1	3.6	6.1	5.1	2.9	2.1	2.7	3.4	2.6
Korea	–6.0	14.7	15.5	14.9	3.6	7.8	5.2	11.7	11.4	10.3
Luxemburg	5.0	7.9	5.0	7.9	8.7	9.1[1]	9.5	–2.5	–2.3	
Mexiko	7.5[1]	6.8	4.5	5.9	2.8	3.2	3.6	2.4	4.0	3.2
Neuseeland	5.6	3.1	2.9	4.4	7.4	0.0	8.4	9.1	3.9	0.9
Niederlande	2.4[1]	4.3	1.5	5.5	6.3	5.1[1]	3.9	0.4	2.2	3.8
Norwegen	12.4	2.2	–7.4	6.1	12.3	2.7	–0.5	–3.9	–3.5	5.2
Österreich	5.3	4.5	1.7	1.7	2.5	2.1	3.0	1.7	1.4	1.7
Polen	10.6	1.5	0.4	7.4	4.9[1]	2.4	4.7	3.8	6.1	12.1
Portugal	1.4	6.9	4.0[1]	1.0	2.0	6.3	3.8	2.3	–1.2	
Schweden	5.3	5.6	4.0	5.0[1]	5.9	2.7	1.4	2.5	2.6	1.9
Schweiz	3.6	2.1	2.5	4.9	2.7	2.2	2.2	1.3	–0.9	2.1
Slowak. Rep.	1.9	1.7	–3.2	4.0	7.0	8.3	6.2[1]	4.1	12.9	16.5
Spanien	3.9	3.3[1]	2.7	2.9	1.4	1.8[1]	2.1	3.1	3.2	3.0
Tschech. Rep.	–1.2	0.4	2.8[1]	5.1	8.2	4.6[1]	0.9	5.4	2.6	3.5
Türkei	16.1	12.6[1]	9.1	4.3	10.5	6.3	7.1	2.7		
Ungarn	3.1[1]	5.0	2.3	7.6	10.5	6.3[1]	2.0	7.7	1.3	–7.3
Ver. Königreich	4.1	6.8	5.4	5.3	6.2	5.1	5.9	3.7	4.9	1.9
Ver. Staaten	3.3	3.5	3.5	4.9	6.1	5.1	2.9	2.5	2.4	2.4
OECD-Durchschnitt	**4.4**	**5.1**	**3.7**	**5.4**	**5.4**	**4.0**	**3.7**	**3.2**	**2.5**	**3.6**

1. Bereinigte Rate. Vgl. „Definition und Abweichungen" zu Indikator 7.1 „Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben".
Quelle: *OECD-Gesundheitsdaten 2009.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/804885014265

Tabelle A.11. **Jährliche Wachstumsrate der öffentlichen Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben, in realer Rechnung, 1997-2007**

	1997/98	1998/99	1999/2000	2000/01	2001/02	2002/03	2003/04	2004/05	2005/06	2006/07
Australien	7.5[2]	8.2	2.5	2.7	5.5	1.2	5.5	1.4	2.4	
Belgien[1]	2.3	5.4	4.1	3.7	0.9	4.4[1]	7.9	3.8[1]	–0.4	3.9
Dänemark	3.6	4.3	0.9	4.3	2.8	3.1[1]	3.4	2.6	4.9	3.2
Deutschland	1.2	2.3	2.9	2.1	1.6	0.6	–3.2	1.8	1.7	1.6
Finnland	0.3	3.7	2.0	5.9	7.4	6.6	5.3	5.8	4.5	2.1
Frankreich	1.9	2.9	2.4	2.4	3.8	3.6	2.7	2.1	0.7	1.3
Griechenland	0.5	8.8	13.2[1]	17.5	1.7	7.1	–0.4	13.7	8.6	1.4
Irland	4.0	8.9	9.0	16.1	10.2	7.6	6.6	0.2	1.2	14.1
Island	13.4	13.5	0.1	0.7	9.1	5.0[1]	0.9	1.5	–1.0	4.0
Italien	1.5	2.8	9.8	6.5	1.6	0.1	7.2	3.3	3.0	–2.6
Japan	1.0	3.6	4.9	3.8	0.1	2.8	2.5	4.6	–0.7	
Kanada	6.9	2.2	4.1	5.5	4.5	3.9	2.1	2.8	2.7	2.9
Korea	3.5	16.9	10.8	32.4	1.4	6.0	7.2	14.6	16.8	11.0
Luxemburg	4.9	4.9	4.4	6.2	11.6	10.8[1]	9.9	–2.5	–1.6	
Mexiko	13.8[1]	10.9	1.8	2.1	0.5	3.8	8.9	0.4	1.1	5.4
Neuseeland	5.3	3.7	3.6	2.3	9.5	0.6	6.9	10.0	4.0	
Niederlande[1]	2.5[1]	2.0	2.1	5.0	5.7	3.7[1]	1.6	1.5		2.7
Norwegen	13.7	2.6	–7.5	7.4	12.2	3.0	–0.7	–3.9	–3.2	5.6
Österreich	5.7	5.6	1.8	0.7	2.1	1.8	3.2	2.3	1.1	2.4
Polen	0.5	10.4	–1.1	10.3	5.5[1]	0.6	2.7	4.9	7.0	12.2
Portugal	3.6	7.7	3.6[1]	–0.5	3.1	7.8	2.0	1.9	–1.5	
Schweden	5.2	5.5	3.0	4.6[1]	6.2	3.3	0.5	2.3	2.5	2.0
Schweiz	3.0	3.0	3.0	7.7	4.1	3.3	2.3	3.2	–1.5	2.4
Slowak. Rep.	1.8	–0.5	–3.5	3.9	6.7	7.4	6.2[1]	5.0	3.7	14.0
Spanien	3.5	2.8[1]	2.1	2.3	1.5	1.9[1]	2.3	3.2	4.2	3.8
Tschech. Rep.	–1.0	0.4	2.5[1]	4.5	9.0	4.6[1]	0.1	4.8	1.9	0.2
Türkei	16.7	14.5[1]	12.3	13.1	14.0	8.1	8.1	1.4		
Ungarn	1.3[1]	1.7	0.0	4.9	12.5	7.0[1]	1.4	7.6	1.7	–9.8
Ver. Königreich	4.1	7.1	3.7	6.2	6.1	5.4	7.8	4.1	5.0	1.5
Ver. Staaten	0.7	2.5	3.8	7.2	5.9	4.7	3.7	2.9	4.1	2.8
OECD-Durchschnitt	**4.4**	**5.6**	**3.4**	**6.4**	**5.6**	**4.3**	**3.8**	**3.6**	**2.6**	**3.7**

1. Öffentliche laufende Ausgaben.
2. Bereinigte Rate. Vgl. „Definition und Abweichungen“ zu Indikator 7.1 „Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben“.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2009.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/805004376473

Tabelle A.12. **Gesamtgesundheitsausgaben, in Prozent des BIP, 1980-2007**

	1980	1990	1995	2000	2005	2006	2007
Australien	6.3	6.9	7.4	8.3	8.7	8.7	
Belgien	6.3	7.2	8.2	8.6	10.3	10.0v	10.2v
Dänemark	8.9	8.3	8.1	8.3	9.5	9.6	9.8
Deutschland	8.4	8.3	10.1	10.3	10.7	10.5	10.4
Finnland	6.3	7.7	7.9	7.2	8.5	8.3	8.2
Frankreich	7.0	8.4	10.4	10.1	11.1	11.0	11.0
Griechenland	5.9	6.6	8.6	7.9	9.4	9.5	9.6
Irland	8.3	6.1	6.7	6.3	7.3	7.1	7.6
Island	6.3	7.8	8.2	9.5	9.4	9.1	9.3
Italien		7.7	7.3	8.1	8.9	9.0	8.7
Japan	6.5	6.0	6.9	7.7	8.2	8.1	
Kanada	7.0	8.9	9.0	8.8	9.9	10.0	10.1
Korea	4.1	4.3	4.1	4.9	6.1	6.5	6.8
Luxemburg	5.2	5.4	5.6	5.8	7.7	7.3v	
Mexiko		4.4	5.1	5.1	5.8	5.8	5.9
Neuseeland	5.9	6.9	7.2	7.7	9.1	9.4	9.2
Niederlande	7.4	8.0	8.3	8.0	9.8v	9.7v	9.8v
Norwegen	7.0	7.6	7.9	8.4	9.1	8.6	8.9
Österreich	7.4	8.3	9.5	9.9	10.4	10.2	10.1
Polen		4.8	5.5	5.5	6.2	6.2	6.4
Portugal	5.3	5.9	7.8	8.8	10.2	9.9	
Schweden	8.9	8.2	8.0	8.2	9.2	9.1	9.1
Schweiz	7.3	8.2	9.6	10.2	11.2	10.8	10.8v
Slowak. Rep.			5.8 1997	5.5	7.0	7.3	7.7
Spanien	5.3	6.5	7.4	7.2	8.3	8.4	8.5
Tschech. Rep.		4.7	7.0	6.5	7.1	6.9	6.8
Türkei	2.4	2.7	2.5	4.9	5.7		
Ungarn		7.0 1991	7.3	6.9	8.3	8.1	7.4
Ver. Königreich	5.6	5.9	6.8	7.0	8.2	8.5	8.4
Ver. Staaten	9.0	12.2	13.6	13.6	15.7	15.8	16.0
OECD-Durchschnitt	**6.6**	**6.9**	**7.6**	**7.8**	**8.9**	**8.8**	**8.9**

I Bruch in der Zeitreihe.
v: Vorläufige Schätzung.
Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2009.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/805024161025

Tabelle A.13. **Öffentliche Gesundheitsausgaben, in Prozent des BIP, 1980-2007**

	1980	1990	1995	2000	2005	2006	2007
Australien	3.9	4.6	4.9	5.6	5.9	5.9	
Belgien[1]			5.8	6.1	7.4	7.2v	7.4v
Dänemark	7.9	6.9	6.7	6.8	7.9	8.1	8.2
Deutschland	6.6	6.3	8.2	8.2	8.2	8.1	8.0
Finnland	5.0	6.2	5.7	5.1	6.2	6.2	6.1
Frankreich	5.6	6.4	8.3	8.0	8.8	8.7	8.7
Griechenland	3.3	3.5	4.5	4.7	5.7	5.9	5.8
Irland	6.8	4.4	4.8	4.6	5.6	5.5	6.1
Island	5.5	6.8	6.9	7.7	7.7	7.5	7.7
Italien		6.1	5.1	5.8	6.8	6.9	6.7
Japan	4.7	4.6	5.7	6.2	6.7	6.6	
Kanada	5.3	6 6	6.4	6.2	7.0	7.0	7.1
Korea	0.8	1.6	1.5	2.2	3.2	3.5	3.7
Luxemburg	4.8	5.0	5.1	5.2	6.9	6.6v	
Mexiko		1.8	2.2	2.4	2.7	2.6	2.7
Neuseeland	5.2	5.7	5.5	6.0	7.1	7.3	7.3
Niederlande[1]	5.1	5.4	5.9	5.0	5.9v	7.4v	7.3v
Norwegen	5.9	6.3	6.6	6.9	7.6	7.2	7.5
Österreich	5.1	6.1	7.0	7.6	7.9	7.8	7.7
Polen		4.4	4.0	3.9	4.3	4.3	4.6
Portugal	3.4	3.8	4.9	6.4	7.3	7.1	
Schweden	8.2	7.4	6.9	7.0	7.5	7.4	7.4
Schweiz		4.3	5.1	5.6	6.7	6.4	6.4v
Slowak. Rep.			5.3 1997	4.9	5.2	5.0	5.2
Spanien	4.2	5.1	5.4	5.2	5.8	6.0	6.1
Tschech. Rep.		4.6	6.4	5.9	6.3	6.1	5.8
Türkei	0.7	1.6	1.8	3.1	4.1		
Ungarn		6.3 1991	6.1	4.9	6.0	5.9	5.2
Ver. Königreich	5.0	4.9	5.7	5.6	6.7	6.9	6.9
Ver. Staaten	3.7	4.8	6.1	5.9	7.0	7.1	7.3
OECD-Durchschnitt	**4.9**	**5.1**	**5.5**	**5.6**	**6.4**	**6.4**	**6.4**

1. Öffentliche laufende Ausgaben.
| Bruch in der Zeitreihe.
v: Vorläufige Schätzung.
Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2009.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/805040844867

ANHANG B

Liste der Variablen aus OECD-Gesundheitsdaten 2009

Teil 1: Gesundheitszustand

Mortalität
- *Lebenserwartung*
- *Todesursachen*
- *Mütter- und Kindersterblichkeit*
- *Potenziell verlorene Lebensjahre*

Morbidität
- *Subjektiver allgemeiner Gesundheitszustand*
- *Säuglingsgesundheit*
- *Zahngesundheit*
- *Übertragbare Krankheiten (HIV/AIDS)*
- *Krebs*
- *Unfälle*
- *Fehlzeiten durch Krankheit*

Teil 2: Ressourcen des Gesundheitswesens

Ausbildung von Gesundheitspersonal
Beschäftigung im Gesundheitssektor
- *Gesamtbeschäftigung im Gesundheits- und Krankenhaussektor*
- *Ärzte*
- *Hebammen und Krankenpflegekräfte*
- *Sonstige Gesundheitsberufe (Zahnärzte und Apotheker)*

Vergütung des Gesundheitspersonals
Krankenhausbetten
Medizintechnik

Teil 3: Inanspruchnahme des Gesundheitswesens

Prävention (Impfschutz)
Screening
Diagnoseuntersuchungen
Konsultationen (Ärzte und Zahnärzte)
Durchschnittliche Verweildauer in Krankenhäusern nach Diagnosekategorien
Krankenhausfälle nach Diagnosekategorien
Chirurgische und ärztliche Eingriffe
- *Chirurgie insgesamt*
- *Chirurgische und ärztliche Eingriffe nach Kategorien*
- *Transplantationen und Dialysen*

Teil 4: Ressourcen für Langzeitpflege und deren Inanspruchnahme

Betten für Langzeitpflege in Einrichtungen
Langzeitpflegekräfte
Empfänger von Langzeitpflege in Einrichtungen und zu Hause

Teil 5: Gesundheitsausgaben

Gesamte und laufende Gesundheitsausgaben
- *Investitionen für medizinische Einrichtungen*

Ausgaben für die individuelle Gesundheitsversorgung
- *Ausgaben für medizinische Leistungen*
- *Ausgaben für stationäre Leistungen*
- *Ausgaben für teilstationäre Leistungen*
- *Ausgaben für ambulante Leistungen*
- *Ausgaben für häusliche Pflege*
- *Ausgaben für Hilfsleistungen*
- *Ausgaben für medizinische Waren*
- *Arzneimittel und sonstige medizinische Verbrauchsgüter*
- *Therapeutische Hilfsmittel und medizinische Gebrauchsgüter*

Ausgaben für die kollektive Gesundheitsversorgung
- *Ausgaben für Prävention und öffentliche Gesundheit*
- *Ausgaben für Gesundheitsverwaltung und Krankenversicherung*

Zusätzliche Ausgabenkategorien im Gesundheitsbereich
- *Präventiv-kurative Gesundheitsversorgung*
- *Gesamtausgaben für Langzeitpflege*
- *Laufende* Gesamtgesundheits- und Langzeitpflegeausgaben

Laufende Gesundheitsausgaben nach Anbieter
- *Ausgaben für Krankenhausleistungen*
- *Ausgaben für Pflegeleistungen und spezielle Pflegeeinrichtungen*
- *Ausgaben für Anbieter ambulanter Gesundheitsleistungen*
- *Ausgaben für im Einzelhandel und bei sonstigen Anbietern bezogene medizinische Waren*
- *Ausgaben für Leistungen öffentlicher Gesundheitseinrichtungen*
- *Ausgaben für Leistungen der Gesundheitsverwaltung*
- *Ausgaben für Gesundheitsleistungen anderer Sektoren und der restlichen Welt*

Ausgaben nach Alter und Geschlecht
Preisindex

Teil 6: Finanzierung der Gesundheitsversorgung

Gesundheitsausgaben nach Finanzierungsträger/-system
- *Allgemeines Steueraufkommen*
- *Sozialversicherung*
- *Selbstzahlungen*
- *Privatversicherung*

Teil 7: Sozialer Schutz

Sozialausgaben
Krankenversicherungsschutz
- *Gesetzliche Krankenversicherung*
- *Private Krankenversicherung*

Teil 8: Arzneimittelmarkt

Pharmaindustrie
Arzneimittelverbrauch nach ausgewählten Medikamenten
Arzneimittelabsatz nach ausgewählten Medikamenten

Teil 9: Nichtmedizinische Gesundheitsfaktoren

Lebensstil und Verhaltensweisen
- *Ernährung*
- *Alkoholkonsum*
- *Tabakkonsum*
- *Körpergewicht*

Umwelt: Luftqualität

Teil 10: Demografische Kennziffern

Allgemein
Altersstruktur der Bevölkerung

Teil 11: Wirtschaftliche Kennziffern

Volkswirtschaftliche Indikatoren
Umrechnungssätze

Sonstige Tabellen

Zufriedenheit mit dem Gesundheitswesen

Weitere Informationen zu *OECD-Gesundheitsdaten* 2009 sind verfügbar unter: *www.oecd.org/health/healthdata*.

OECD PUBLISHING, 2, rue André-Pascal, 75775 PARIS CEDEX 16
PRINTED IN FRANCE
(81 2009 11 5 P) ISBN 978-92-64-08049-2 – No. 57260 2010

Gesundheit auf einen Blick 2009

OECD-Indikatoren

Fortschritte im Bereich der Prävention und Behandlung von Krankheiten haben in den letzten Jahrzehnten in den OECD-Ländern zu bemerkenswerten Verbesserungen in Form einer erhöhten Lebenserwartung und Lebensqualität beigetragen. Gleichzeitig steigen die Gesundheitsausgaben weiter und beanspruchen einen immer größeren Anteil des Volkseinkommens: Derzeit belaufen sich die Gesundheitsausgaben in den OECD-Ländern durchschnittlich auf etwa 9% des BIP, gegenüber etwas über 5% im Jahr 1970.

Diese fünfte Ausgabe von *Gesundheit auf einen Blick* stellt die neuesten vergleichbaren Daten und Trendentwicklungen zu verschiedenen Aspekten der Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme in den OECD-Ländern vor. Sie liefert bemerkenswerte Fakten zu den eklatanten Unterschieden, die zwischen den Ländern in Bezug auf die Kosten, Aktivitäten und Resultate der Gesundheitssysteme bestehen.

Schlüsselindikatoren bieten Informationen zum Gesundheitszustand der Bevölkerung in den OECD-Ländern, zu den Bestimmungsfaktoren des Gesundheitszustands, den Gesundheitsleistungen und den Gesundheitsausgaben sowie zu ihrer Finanzierung. Diese Ausgabe enthält außerdem neue Kapitel zum Gesundheitspersonal und zum Zugang zum Gesundheitswesen, dessen Sicherung ein wichtiges Ziel der Politik in allen OECD-Ländern ist. Das Kapitel über die Qualität der medizinischen Versorgung wurde um eine Reihe von Indikatoren zur Qualität der Versorgung bei chronischen Erkrankungen erweitert.

Jeder Indikator in der Veröffentlichung wird in einem nutzerfreundlichen Format präsentiert; dieses besteht aus Abbildungen, die zwischen den Ländern und im Zeitverlauf bestehende Unterschiede veranschaulichen, kurzen beschreibenden Analysen, die die wichtigsten Ergebnisse der Datenauswertung herausstellen, sowie einem Kasten zur Methodik mit einer Definition des Indikators und Informationen zu eventuellen Einschränkungen der Vergleichbarkeit der Daten. Ein Anhang bietet zusätzliche Informationen zum demografischen und wirtschaftlichen Kontext der jeweiligen Gesundheitssysteme sowie eine knappe Beschreibung der wichtigsten Merkmale der Finanzierung der Gesundheitssysteme und der Leistungserbringung in den OECD-Ländern.

www.oecd.org/health

Der vollständige Text dieser Veröffentlichung ist verfügbar unter:
www.sourceoecd.org/socialissues/9789264061538

Kunden mit Online-Zugang zu allen OECD-Büchern sollten folgenden Link benutzen:
www.sourceoecd.org/9789264061538

SourceOECD ist die OECD-Online-Bibliothek für Bücher, periodisch erscheinende Publikationen und statistische Datenbanken.

Wegen weiterer Informationen bezüglich dieses Service und eines kostenlosen Probezugangs wenden Sie sich bitte an Ihre Informations- und Dokumentationsstelle oder schreiben Sie uns an **SourceOECD@oecd.org**.



www.oecd.org/publishing

ISBN 978-92-64-08049-2
81 2009 11 5 P

9 789264 080492